



CFOM

Conférence Francophone
des Ordres des Médecins

COMPTE RENDU

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CFOM

SAMEDI 28 OCTOBRE 2017
9H30 – 17H30

BRUXELLES
BELGIQUE

9h30 : Ouverture

- **Allocution du Dr Abdelaziz AYADI, Président Conseil régional de l'Ordre des Médecins d'Annaba ALGERIE, Président de la CFOM.**

Bonjour mes chers collègues. Tout d'abord, avant de donner la parole à celui qui nous a invités, je remercie, en mon nom et au nom de tous, le Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique de nous recevoir dans leurs locaux et je remercie également mes amis de l'Ordre des médecins de France qui assurent le secrétariat national de la CFOM depuis sa création en 2006 ainsi que Mme DARMON, notre directrice juridique, qui nous accompagne chaque jour.

M. DEJEMEPPE, Président de l'Ordre national des médecins de Belgique, s'excuse de ne pas être parmi nous, il est remplacé par le Pr ROMBOUS.

- **Allocution de bienvenue du Pr ROMBOUS, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Belgique.**

Bonjour à tous, je suis très heureux d'être parmi vous et je vous souhaite la bienvenue.

La Belgique est un pays fédéral composé de la Flandre, de la Wallonie et de la Région de Bruxelles qui est bilingue. L'Ordre des médecins de Belgique a été fondé en 1938, il a traversé la guerre hors de la Belgique car son gouvernement n'était plus en Belgique et il a été refondé en 1947. Il est régi par des textes qui ont pratiquement 80 ans et est présidé par un magistrat, c'est une particularité et cela est utile car les hauts magistrats sont bilingues.

Le Conseil comprend une entité néerlandophone et une entité francophone, chacune de ces entités est présidée par un médecin qui a le titre de Vice-Président et c'est à ce titre que je suis ici. Cette complexité institutionnelle fait que nous sommes arrivés assez tard au sein de la CFOM car nous avons dû faire accepter la fédéralisation de l'Ordre des médecins. Elle n'est pas encore complète car nous restons un Ordre des médecins national dans un pays fédéral et nous tenons beaucoup à cette particularité contrairement à nos gouvernants.

Je participerai avec plaisir à une partie de vos travaux et j'espère que vous profiterez de cette magnifique infrastructure que nous devons à des collaborateurs de grande qualité. C'est grâce à eux que nous avons un fonctionnement administratif très harmonieux et je les en remercie.

Pr AYADI

Je tiens également à remercier M. KERZMANN d'avoir organisé ces manifestations. Je passerai d'abord la parole à M. DEGOS, Secrétaire général, puis aux anciens Présidents et enfin à M. AKA KROO, Vice-Président, qui me remplacera à la présidence de la CFOM pour les deux années à venir.



Pr DEGOS

Je ne prendrai pas la parole en tant que Secrétaire général de la CFOM tout de suite car je tiens d'abord à vous informer que la déclaration de Genève a définitivement été amendée lors de l'Assemblée générale de l'Association médicale mondiale (AMM) à Chicago il y a à peine 10 jours. Cette déclaration représente un des fondements de notre éthique médicale. Elle avait été adoptée en septembre 1948 et elle a ensuite été amendée à plusieurs reprises à Sydney, Venise, Stockholm, Divonne-les-Bains, etc. L'AMM a décidé que cette déclaration serait lue à chacune de ses réunions en début de séance. Elle a donc été lue devant l'ensemble des délégations qui se tenaient debout lors de la dernière Assemblée générale à Chicago.

Je ne vous demanderai pas de vous lever, mais d'écouter attentivement cette déclaration intitulée le Serment du médecin :

*« EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE ;
JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;
JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;
JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;
JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;
JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;
JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;
J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;
JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;
JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;
JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;
JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;
JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte ;
JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement. »*

Il nous a été demandé de la diffuser largement, c'est la raison pour laquelle j'ai demandé au Président de pouvoir la lire devant vous aujourd'hui et je l'en remercie.

Dr OGANDAGA

Bonjour chers confrères, je suis heureux d'être à Bruxelles pour cette Assemblée générale. Je constate que l'aventure de la CFOM a commencé au Val-de-Grâce et s'est ensuite poursuivie à Bamako, à Casablanca, à Paris puis aujourd'hui à Bruxelles. Nous avons été dans cette aventure avec le Pr ALAOUI. Je crois que nous passons aujourd'hui à une autre étape de notre association qui est une association porteuse. La CFOM regroupe environ 500 000 médecins.

Au Gabon, nous sommes toujours croyants et nous avons la foi que la CFOM ne disparaîtra pas. Je vous remercie et je suis très heureux d'être ici car c'est un plaisir de travailler avec vous. Je vous transmets les salutations de tous mes confrères du Gabon. Je suis accompagné par le Dr Mella MBOUMBA qui est le Trésorier du Conseil national de l'Ordre des médecins du Gabon depuis le renouvellement de son Bureau.

Pr ALAOUI

Mes chers confrères, je suis vraiment très touché du lien qui s'est maintenu dans cette Institution et à laquelle nous avons cru depuis le début. J'ajouterai parmi les fondateurs le Pr ROLAND, ancien Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de France, car c'est lui qui m'a demandé d'être présent dans cette Institution. Tout le monde connaît le travail qu'il a apporté dans la conception, la vision et surtout la mise en place de cet organisme. Nous avons cru en cet organisme car nous avons cru dans la solidarité de toutes les nations quelles qu'elles soient.



Nous avons la chance d'avoir les deux piliers, le Nord et le Sud, dans cette conférence francophone et le monde souhaite qu'ils deviennent égaux et collaborateurs. Il y a une histoire commune entre ces deux piliers. Le problème était de savoir comment faire vivre cette Institution et surtout comment la faire vivre en respectant la volonté de ceux qui se sont démenés pour la mettre en place. J'ai énormément appris lors des réunions du Bureau et des Assemblées générales que nous organisons et nous pouvons voir à chaque fois toutes les étapes et les résultats positifs de notre collaboration mutuelle pour l'amélioration des conditions de santé et de l'accès aux soins. Toutes nos réunions se sont déroulées dans de très bonnes conditions grâce à une bonne collaboration intellectuelle et physique puisqu'une sorte de pensée familiale s'est créée. Lorsqu'un membre n'est pas disponible, il est remplacé, lorsqu'un pays n'est pas disponible, et c'est le cas aujourd'hui, nous nous retrouvons ici en Belgique alors que cette assemblée aurait pu se tenir ailleurs.

Nous avons encore énormément à gagner au niveau de la santé des populations et je souhaite que cette dynamique se complète comme maintenant. Chaque période apporte une contribution supplémentaire à l'amélioration. Le fait d'être maintenant dans l'historique de la mise en œuvre du patrimoine sur lequel nous avons travaillé dans la CFOM est indiscutablement positif et ce que nous obtiendrons lors de cette assemblée sera une étape supplémentaire.

Je ne serai plus dans cette conférence, mais je garde toujours dans mon cœur et dans mon esprit le fait d'avoir été avec vous et d'avoir bénéficié de votre sagesse, de votre culture et de votre volontarisme. Je vous remercie.

Dr AKA KROO

Notre présence ici traduit l'objectif que cet esprit de francophonie, qui nous anime tous, aille de l'avant et soit notre boussole. L'espace francophone a des particularités et des spécificités que nous devons maintenir. Nous l'avons récemment vécu avec MM. DEGOS et KERZMANN à Chicago lors de l'Assemblée générale de l'AMM où nous avons été submergés par l'esprit anglophone. Mais nous avons des spécificités qui nous sont propres que nous devons maintenir et préserver dans notre espace. C'est pour cette raison que nous aurons l'occasion de les mettre en exergue et surtout d'envisager l'avenir sous de nouveaux auspices au cours de cette Assemblée générale. Je vous remercie pour la confiance que vous me témoignez.

Dr KERZMANN

Je suis très heureux de vous accueillir ici et de participer à ce mouvement que nous souhaitons tant voir continuer et surtout évoluer. Ma présence parmi vous est d'essayer d'insuffler ce que le Pr ALAOUI a essayé de mettre sur pied, de le revivifier, de le tonifier et de le porter beaucoup plus loin. Je suis très heureux que vous soyez tous ici, je vous remercie.

Pr AYADI

Nous vous remercions du fond du cœur. Je souhaite la bienvenue aux nouveaux membres comme aux anciens.

Il est procédé à un tour de table à l'occasion duquel chaque membre des délégations se présente :

Dr Alpha Boubacar SY, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Sénégal.

Dr Monsan Raoul YAPO, Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins de Côte d'Ivoire.

Pr Ali NIAKARA, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Burkina Faso.

Dr Nazih ZGHAL, Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins de Tunisie.

Dr Mounir Youssef MAKNI, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Tunisie.

Dr Berthier NSADI, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de la République démocratique du Congo.

Mme Claude SEMAAN, membre du Conseil national de l'Ordre des médecins du Liban.

Dr Raymond SAYEGH, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Liban.

Dr Éric ANDRIANASOLO, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Madagascar.



Dr Bernard ARBOMONT, Vice-Président de la Délégation internationale au Conseil national de l'Ordre des médecins de France et Secrétaire général de la CFOM.

Dr Awa DIAGNE SY, présidente de la section B des médecins libéraux du Conseil national de l'Ordre des médecins du Sénégal.

Dr El Houssain MAAOUNI, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Maroc.

Pr AYADI

Propose l'approbation du procès-verbal de la précédente Assemblée générale ainsi que celle de l'ordre du jour :

Le procès-verbal est adopté.

L'ordre du jour est adopté.

9 H 45 – 11 H 15 : La télémédecine

- **Intervention du Pr Moulay Tahar ALOUI, Président fondateur de la CFOM : « Conditions de l'intégration dans les systèmes de santé de la télé médecine pour l'équité des soins. »**

Monsieur le Président, mes chers confrères, quelle télémédecine pour les pays du Sud ?

Je souhaiterais commencer par vous demander d'avoir une pensée à l'égard du Pr ROLAND qui avait répondu positivement à la demande du Bureau en 2012 et qui a traité le sujet de l'éthique et de la déontologie en télémédecine lors de la réunion du 24 novembre 2012 à Paris. C'est un sujet qui nous concerne tous et particulièrement la déontologie et l'éthique à travers les besoins de cadrage de cette nouvelle action de la télémédecine à l'intérieur des systèmes. De nombreuses discussions ont eu lieu lors de cette réunion et j'en ai personnellement tiré quelques points saillants. Le premier a été évoqué par les pays du Sud et concerne les actions contenues dans la télémédecine telle qu'elle est pratiquée dans les pays du Nord (télédiagnostic, surveillance, etc.), mais elles ne correspondent pas totalement aux besoins de l'accessibilité aux soins des pays du Sud de la Méditerranée.

Nous savons en tant que Conseils de l'Ordre que le thème de l'éthique et de la déontologie est la colonne vertébrale de nos activités et nous partageons tous ce qui a été présenté par le Dr LUCAS, mais il est apparu, dans les discussions, que nous devons étendre cette notion de télémédecine à une approche beaucoup plus globale. Cette notion peut être couverte par les définitions de la télésanté, de la cybersanté et de l'e-santé. La promotion et la protection de la santé sont maintenues dans ces définitions.

Pour répondre à la demande qui m'a été faite, il a fallu que j'aie à la recherche de ce qui se fait dans les pays du Sud. Les éléments que j'ai trouvés sont souvent des éléments en relation et en coopération avec les pays du Nord. J'ai été très surpris du foisonnement de projets que les pays du Sud ont organisés et réalisés à l'aide de deux grands groupes tels que le Réseau en Afrique francophone pour la télémédecine (RAFT). Ce réseau est basé, pour la majorité de leurs moyens, à Genève et s'appuie sur les centres hospitaliers universitaires de Genève. Il a été instauré en 2000 dans 52 pays et la majorité des programmes pilotes ont été créés en Afrique. Je pense que le concept de télémédecine a été admis par la majorité des pays de l'Afrique francophone. Nous avons donc le cadre idéal à la CFOM pour faire face aux besoins des pays du Sud et nous pouvons leur apporter notre contribution par le biais de la technologie, des transferts de technologie, etc., ainsi que le financement dont certains pays ont besoin.

Je souhaiterais souligner le contexte général dans lequel nous nous trouvons dans les pays du Sud. J'ai d'abord constaté qu'il existe une légère distinction entre les pays au Nord de la Méditerranée, du Sahara, et les pays au Sud de la Méditerranée pour une raison de développement qui s'est réalisé à travers la transition épidémiologique. Les politiques et les programmes qui étaient engagés depuis au moins un demi-siècle par les pays du Nord du Sahara ont permis de maîtriser, jusqu'à un certain point, les maladies infectieuses. Ils ont également réduit la mortalité maternelle et infantile-juvénile et ils ont entamé la régulation et la planification des

naissances. Ces pays sont dorénavant plus confrontés à l'accroissement des maladies non transmissibles.

Quant à eux, les pays subsahariens doivent faire face au lourd fardeau des maladies contagieuses et à l'augmentation très rapide des maladies non transmissibles. Ces deux sous-régions, nord du Sahara et sud du Sahara, doivent, à des degrés divers, faire face à des insuffisances notamment en matière d'infrastructures sanitaires, d'encadrement médical et paramédical, et particulièrement dans les zones rurales et urbaines, ce qui se traduit par une inégalité d'accès aux soins qui est devenue très préoccupante pour les pouvoirs publics. Dans un tel contexte, les capacités et les moyens de ces systèmes de santé ne sont pas en mesure de faire face aux défis et aux besoins exprimés par les populations de plus en plus exigeantes. Il doit y avoir un changement rapide de politique et de stratégie, un financement adéquat et une gouvernance qui soit en mesure de gérer efficacement cette nouvelle organisation du système de santé de chaque pays et surtout du nôtre. Dans les caractéristiques générales de la Région africaine de l'OMS, on s'aperçoit que le Nord est en moyenne à 65 % d'urbanisation et que l'urbanisation du Sud est en augmentation. L'Afrique a le taux d'espérance de vie le plus bas par rapport aux autres pays et régions du monde de l'Orient. Il y a bien évidemment des différences entre les pays à l'intérieur de ces zones.

En ce qui concerne l'encadrement du personnel, on compte 28,6 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants dans le monde et 12,4 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants en Afrique. On observe une différence notable entre l'Afrique et le monde au niveau de la densité des médecins, ce sont des lourds fardeaux à affronter.

Le financement du secteur de la santé a commencé à augmenter en Afrique, les pays africains ont pris conscience de l'insuffisance dans laquelle ils se trouvaient sur le plan financier. Au niveau des pays de la CFOM, nous avons globalement des atouts pour faire face à la situation de ces pays car nous partageons une histoire commune politico-administrative et judiciaire. La déclaration qui a été lue par le Pr DEGOS tout à l'heure est la déclaration que lisent nos médecins lorsqu'ils présentent leur thèse. Nous partageons une langue commune, des convergences culturelles ainsi que le socle de la formation médicale qui permet et facilite les relations humaines entre les systèmes et les hommes pour la résolution des problèmes que nous avons rapidement évoqués et dans le cadre d'une mutualisation d'effort et de transfert de technologie, c'est un atout majeur.

Dans les années 70, les pays du Sud de la Méditerranée ont mis en place deux éléments majeurs sur le plan politique : une organisation en sous-régions et entités spécialisées par secteur socio-économique comme la CDAO, la UEMA, l'organisation Ouest Africaine de la santé, l'ODS. Ces orientations sont communément admises par ces pays. Ils ont une prise de conscience par les pouvoirs publics depuis une décennie de la nécessité du développement du secteur de la santé avec l'augmentation du financement par exemple. Cette augmentation annuelle est une aide aux projets pilotes de télésanté initiés par de grands pionniers dans le cadre de la société civile et soutenus par des fondations (le RAFT, les fondations africaines, etc.) pour réaliser l'introduction de la télémédecine dans le système.

Je ne manquerai pas de citer le regretté Mamadou GUËYE qui a été un grand initiateur et pionnier, c'était un chirurgien avec une vision très en avance sur son temps. Il était convaincu qu'il était nécessaire d'introduire la télésanté dans le système. Il s'est battu pour organiser un projet pilote à l'aide du Canada et du gouvernement indien. Ce projet pilote a été étendu à de nombreux pays ici présents y compris le Maroc et la Tunisie. C'est un grand pas en avant sur l'organisation de ce que devrait être l'introduction dans le système. Tous les pays de la CDAO ont pris exemple sur ces projets. M. GUËYE est décédé en 2002 à l'âge de 52 ans, il était reconnu comme expert international avec ses engagements et ses compétences notamment en organisation de systèmes. C'est un des pères initiateurs de la télésanté et du développement de ses programmes.

Le Pr BAGAYOKO, qui est de Bamako, est également un grand initiateur et pionnier. Il est le premier agrégé en informatique biomédicale et en santé. Il s'est lancé dans cette piste, ce qui lui a permis d'obtenir des prix internationaux. Il enseigne la télésanté en Afrique et à Genève. C'est un expert qui a mondialement été reconnu à l'âge de 42 ans à la Banque mondiale, etc. Il a créé un des centres d'étude de télésanté à Bamako. Ce dernier est un relais du RAFT au niveau des pays de la CEDEAO et de la CEMAC. Les projets qu'ils ont entrepris sont le substratum sur lequel travaillent les autres pays.

Les plans de stratégies qui ont été réalisés au Sénégal, au Mali, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso ont besoin d'être appliqués à l'aide de moyens physiques et humains. En comparaison avec n'importe quel autre plan, ces plans de stratégies font partie des meilleurs.

Le succès de l'impact de l'introduction de cette télésanté dans un système a fait prendre conscience aux États politiques l'importance de remodeler une stratégie sanitaire pour leur pays. Les Conseils de l'Ordre et les institutions dédiées doivent les soutenir afin qu'ils transforment cette situation d'insuffisance et d'éloignement des populations en aspect positif avec des techniques et des moyens adaptés.

En ce qui concerne la téléphonie mobile, le taux de pénétration de la téléphonie mobile et d'Internet est en train de progresser. De nombreux pays croient qu'il y a un retard considérable. Or, il n'y en a pas, les pays africains sont en train de se doter de la télémédecine, de moyens, de fibre optique, etc. Les prochaines années permettront de mettre à disposition ces outils devenus nécessaires car les outils de téléinformation et de communication sont des moyens pour l'application des politiques.

À l'heure actuelle, les États du Sud sont, à des degrés divers, engagés dans l'ère du numérique. Ce phénomène a commencé par les universités numériques et il entre maintenant dans le domaine de la santé.

Nous avons, me semble-t-il, tiré un certain nombre de leçons de cette situation et nous devons améliorer les choses. Je commencerai par une citation du Pr GUËYE car elle me paraît couvrir le sujet : *« La télémédecine est un outil très intéressant à condition qu'elle s'intègre dans une stratégie nationale de santé. Il ne sert à rien de créer un besoin pour ensuite mettre fin à l'expérience quelques années plus tard. La télémédecine est un espace de coopération sans frontière qui déplace en réalité les compétences des centres hospitaliers vers les populations où qu'elles se trouvent. »* La fin de cette citation fait le chapeau de ce qui est demandé à des institutions comme la nôtre et nous avons la chance de pouvoir le faire.

La promotion et la protection de la santé incombent aux pouvoirs publics, s'il n'y a pas de pouvoirs publics derrière la télésanté ou la télémédecine, nous ne pouvons pas faire grand-chose. Une politique cohérente doit être mise en place pour répondre aux besoins réels de la population en ce qui concerne la protection de la santé de tous les citoyens, notamment grâce à la promulgation des lois et des règlements relatifs à l'utilisation des techniques d'information et de communication, car il y a un aspect confidentiel des données, grâce à la mise en place des infrastructures nécessaires dans les structures sanitaires et grâce au développement de la formation des compétences du personnel technique spécialisé et du personnel de santé à l'aide des projets déjà inclus dans la télésanté.

Sur le plan organisationnel, nous devons mettre en place un organisme étatique central pour les pays du Sud afin de recueillir, fédérer, évaluer ce qui s'est fait et tirer des conclusions sur les programmes qui pourront être mis en place car ils ont eu des résultats positifs dans ce sens.

En ce qui concerne le plan éthique et déontologique, la CFOM pourra donc apporter sa contribution et son soutien à tous ces pays.

Sur le plan de la coopération, cette dernière doit être une collaboration et une adaptation aux besoins réels de ces populations. J'insiste sur ce point car de nombreux opérateurs veulent vendre des équipements de pointe, nous avons donc besoin d'expertises afin d'être dans l'économie réelle et productive, et partager des expériences techniques, scientifiques et des évaluations dont nous avons le plus besoin.

Je terminerai par le plan financier car c'est le talon d'Achille de nombreux pays du Sud et du Nord de la Méditerranée. Il y a un certain nombre d'institutions que nous pouvons solliciter si nous mettons en place, en tant que CFOM, l'organisation nécessaire pour présenter les programmes qui seront très certainement financés car de nombreuses institutions cherchent quelque chose sur laquelle ils peuvent s'engager et nous avons la technicité et l'expertise pour le faire.

En conclusion, le cadre de la CFOM est idéal pour ce genre de choses car c'est un cadre de partage, de collaboration pour procéder au plaidoyer auprès des instances que j'ai évoquées et d'engagement des États pour l'inclusion de la télésanté, c'est-à-dire les moyens de télécommunication dans un programme adapté de santé pour les pays du Sud. Nous pouvons atteindre ces objectifs si nous arrivons à collaborer. Je vous remercie.

- **Retour d'expérience du Pr Ali NIAKARA, Président du Burkina Faso**

Je vous remercie d'avoir confié cette conférence à l'Ordre des médecins du Burkina Faso. C'est un réel plaisir de prendre la parole après le Pr ALAOUI pour parler de l'expérience du Burkina Faso en matière de télémédecine.

Lorsque l'on s'adresse aux pays du Sud en matière de télémédecine, on fait référence à tout le système d'information en santé car la définition telle qu'on l'entend est très embryonnaire et nous devons l'élargir à tout le système d'information et d'informatique utilisé en santé.

La superficie du Burkina Faso est de 272 000 km², sa population atteindra bientôt 20 millions d'habitants. 75 % des habitants habitent en zone rurale et 52 % de la population sont des femmes. Les maladies endémo-épidémiques représentent 15,8 % de la mortalité générale. Il y a 70 districts sanitaires répartis dans 13 régions sanitaires. Ces districts sont les unités autonomes où se prennent les décisions de soins intégrés. Dans ces districts, il y a des CMA (centre médical avec antenne chirurgicale), des CHR et le CSPS (centre de santé et de promotion sociale) qui est la plus petite structure. Il y a 2 000 CSPS répartis dans tout le pays. Il y a 5 CHU dont trois à Ouagadougou, un à Bobo et un à Ouahigouya.

Il existe une direction générale de la santé publique, une direction générale des études sectorielles où on retrouve déjà des systèmes d'information. Il y a une direction transversale, qui est la direction des systèmes d'information de santé et qui est en charge de l'informatique et de la télésanté au sein du ministère de la Santé. À l'intérieur des CHU, on retrouve des services dédiés aux systèmes d'information de santé. Les partenaires sont essentiellement des ONG.

Les enjeux de la cybersanté sont clairs :

- Accès aux soins : mutualiser des ressources à travers les applications de télémédecine ;
- Optimisation de la prise en charge ;
- Optimisation de la gestion des ressources que nous avons à travers les systèmes d'information ;
- Optimisation de la gestion médicalisée et de la recherche : système d'information et aide à la décision médicale (dossier patient informatisé) et la rationalisation des soins ;
- La gouvernance : système national d'information sanitaire (statistiques sanitaires : analyse des phénomènes de santé, anticipation, prise de décision ; information) et informations, conseils et éducation des populations. Il est très important d'avoir à disposition des statistiques en temps réel afin de pouvoir prendre les bonnes décisions au bon moment.

L'état des lieux de la télémédecine au Burkina Faso :

- La gouvernance :

Au Burkina Faso, il y a une plate-forme pour la collecte des données DHIS (district health information system), un annuaire annuel de statistiques de santé qui reprend toutes les données de base du personnel (infirmières, médecins, etc.) ainsi que les maladies qui arrivent en tête lors des consultations, la mortalité maternelle et infantile, etc.

Dans certains districts et hôpitaux, il y a une saisie en ligne de toutes les données concernant des maladies ciblées ou des populations ciblées afin que l'on puisse immédiatement réagir lorsqu'il y a une alerte. Au Burkina Faso, par exemple, il y a actuellement une épidémie de dengue et les données sont envoyées chaque jour via des SMS à un référent au niveau du district pour que l'on puisse savoir, en fin de journée, combien de cas et de décès il y a eu. Pour la dengue, il n'y a malheureusement pas de thérapeutique à mettre immédiatement en place, mais pour certaines autres maladies cela peut avoir son importance.

Il y a également une plate-forme électronique de gestion des mesures de gratuité des soins qui cible des populations précises (les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes). C'est une décision politique et nous avons dû poursuivre cela dans l'effectivité et la gestion. Les données sont quotidiennes ou hebdomadaires, elles nous permettent de connaître la disponibilité des produits de santé ainsi que les cas qui se présentent dans les centres de santé et qui doivent être surveillés.

Il y a également un système d'information pour la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant de 0 à 5 ans afin d'avoir en temps réel ou de manière hebdomadaire le niveau de certaines maladies comme la méningite et comment ces cas sont pris en charge. Il existe des arbres décisionnels pour orienter les agents car il n'y a pas toujours des médecins dans certaines

structures sanitaires telles que les centres de promotion sociale. Les personnes doivent immédiatement pouvoir prendre les décisions en fonction des signes et des algorithmes présents dans ces systèmes. Dans les centres de santé et de promotion sociale, les agents de santé à base communautaire (ASBC) sont des agents qui n'ont pas un niveau élevé de formation médicale. Ils peuvent envoyer des SMS ou saisir des informations sur leur tablette pour que l'on puisse suivre ce qu'il se passe réellement dans ces centres de santé.

Le rapidSMS TLOH est un autre système qui est quasiment réparti dans tout le pays, c'est un système de télégrammes et de lettres officielles hebdomadaires qui permet de notifier les maladies sous surveillance de manière hebdomadaire, c'est par exemple le cas des méningites, de tuberculose, etc. Ce qui nous permet de connaître le niveau d'alerte de telle ou telle pathologie chaque semaine.

D'autres systèmes sont en cours d'expérimentation, il y a par exemple certains échantillons de laboratoire qui peuvent être suivis en temps réel grâce au système d'information. Pour l'instant, 67 laboratoires ont intégré ce système, mais il est prévu que tous les laboratoires l'intègrent en 2018. Ce système permet de cibler certaines pathologies bien définies.

En ce qui concerne la télémédecine au sens propre, il n'y a que des embryons. Le dernier CHU qui a été construit intègre un dispositif de visioconférence qui permet aux blocs opératoires de communiquer avec des personnes d'un autre pays ou d'un autre endroit du Burkina Faso. Malheureusement, ce dispositif n'est pas très fonctionnel et n'est pas très utilisé pour diverses raisons.

Il y a une salle de visioconférence au sein de la direction du système d'information en santé qui permet de discuter des cas cliniques. Cette salle est régulièrement utilisée par certaines spécialités telles que les pneumologues, mais pas par tous les médecins.

La plate-forme RAFT n'est pas très utilisée au Burkina Faso car il y a un problème d'accessibilité aux technologies de l'information et il n'existe pour l'instant pas un réseau national de soins bien outillé.

Il existe d'autres expériences, par exemple, les dossiers des patients sont numérisés dans certaines cliniques. Tous les dossiers des patients sont électroniques au nouveau CHU ce qui permet d'échanger ces dossiers avec d'autres hôpitaux, collègues ou structures de soins. Il existe également un laboratoire privé. On peut rapidement obtenir les résultats du patient sur leur site Web, mais ces expériences sont très limitées.

Le système sur les tablettes permet directement d'envoyer des données dans le système pour un niveau de référence plus élevé. Si une structure périphérique reçoit des enfants de 0 à 5 ans, elle peut non seulement envoyer des données, mais elle a également un algorithme qui lui permet de prendre en charge ces enfants en rentrant certains éléments comme les symptômes. Un diagnostic et un traitement sont proposés grâce à cet algorithme. Des outils de suivi et de formation sont également intégrés. Ce système existe dans 617 centres de santé et de promotion sociale, mais il en reste encore un bon nombre car ils sont 2 000 au total.

Il existe également le système mobile-santé Nouna qui est une ville moyenne située au nord-ouest du Burkina Faso. C'est un système de suivi des femmes enceintes et des PvVih qui permet de saisir des données lors de la consultation, planifier des rendez-vous, etc. Les patients reçoivent des rappels automatiques de leur rendez-vous. C'est une expérience qui est en cours et qui est intéressante. Elle prend en compte la ville et les CSPS qui y en dépendent. Il existe encore d'autres expériences de ce type à Ouagadougou et à Fada, mais ce sont des projets qui ne pourront peut-être pas être étendus à l'ensemble du pays.

En ce qui concerne la formation des ressources humaines du personnel, nous avons créé, au niveau de l'Ordre national des médecins, une plate-forme de formation à distance, mais elle n'est pas encore très fonctionnelle. On a peut-être pris un peu de retard, mais elle est prête. On travaille avec les sociétés savantes du Burkina Faso pour mettre en ligne des formations interactives afin que les médecins continuent d'accéder aux formations de leur choix même s'ils habitent en Province. Il y a d'autres hôpitaux qui possèdent ce système « rudimentaire ». Il n'est pas très utilisé car les médecins qui habitent loin des grandes villes n'ont pas d'accès à Internet ou le débit est lent et il y a des coupures intempestives, ces raisons limitent l'extension du système à l'ensemble du territoire.

Les challenges :

Les infrastructures et les équipements sont insuffisants. Il est difficile d'aller plus loin sans réseau. Il y a actuellement des projets de fibre optique dans de nombreuses régions. Nous espérons que cela facilitera la connectivité d'Internet qui est onéreuse et défaillante. Nous avons également besoin de ressources humaines et financières. Ces raisons expliquent la faible performance du système d'information. Il doit être intégré dans le système de soins pour prendre tout son sens. Nous sommes optimistes au Burkina Faso car depuis 2017 il y a une direction qui s'occupe, à part entière, des systèmes d'information et de la télémédecine. L'état des lieux a déjà été effectué au Burkina Faso. Si les projets en cours aboutissent à des conclusions intéressantes cela incitera certainement les personnes à les étendre davantage. Nous devons renforcer l'intégralité du système d'information existant. L'entrepôt des données existe, mais nous devons le rendre plus performant afin d'avoir toutes les données de santé du pays de manière exhaustive. Nous devons interconnecter la direction centrale avec les endroits reculés. Il y a un schéma directeur qui est en cours d'élaboration en ce qui concerne le système d'information et la cyberstratégie. Je vous remercie.

Pr AYADI

C'est une très belle présentation. Vous essayez d'avancer malgré les difficultés, ce n'est donc pas utopique. Nous passons maintenant aux effets du climat sur la santé avec l'intervention du Pr FLAHAULT.

11 H 15 – 12 H 45 : Les effets du climat sur la santé

- Intervention du **Pr Antoine FLAHAULT**, Directeur de l'Institut de Santé Globale de la Faculté de Médecine de l'Université de Genève

Je remercie le Pr AYADI ainsi que les organisateurs de m'avoir convié à cette réunion pour vous parler des effets du changement climatique sur la santé.

Je suis médecin épidémiologiste, je dirige l'Institut de santé globale à l'université de Genève et je travaille en étroite collaboration avec M. GEISSBUHLER, initiateur du réseau d'Afrique francophone pour la télémédecine (RAFT). C'est une expérience très enrichissante car c'est, en grande partie, une expérience Sud/Sud puisque la télémédecine du RAFT se fait principalement entre les hôpitaux du Sud.

Les effets du changement climatique sur la santé sont très variés sur la planète. En Suisse, nous savons par exemple qu'ils provoquent la fonte des glaciers, ce qui pose des problèmes à terme. La Suisse n'est pas le pays le plus exposé aux changements climatiques, mais les réserves d'eau de la planète sont aujourd'hui en grande partie dans les glaciers. La fonte des glaces entraîne par ailleurs une augmentation du niveau de la mer et cela pose problème pour un certain nombre de pays car beaucoup des habitants de la planète vivent sur les zones côtières et littorales alors que d'autres personnes vivent sur des zones extrêmement plates qui sont très souvent inondées comme le Bangladesh. La ville de New York est soumise à des risques d'inondation et ces derniers sont repérés tous les 5 ans et sont de plus en plus fréquents.

Le problème des océans est multiple et les personnes qui vivent sur les zones côtières dépendent de la qualité et de la température des eaux. Des eaux plus chaudes endommagent les coraux qui sont un des hauts lieux des ressources de la planète notamment des ressources alimentaires. L'augmentation de la température de l'eau entraîne des ouragans et des pluies extrêmement abondantes comme nous avons pu le voir très récemment aux Caraïbes. Les températures entraînent des canicules au niveau des zones très variées de la planète y compris dans les pays du Nord ainsi que des changements sur les migrations des oiseaux, sur la faune, elles provoquent des feux de forêts, la fonte du Permafrost, etc. Les effets entraînent, par ailleurs, des sécheresses, des inondations ou des réchauffements ainsi que des refroidissements sur certaines zones de la planète. Les effets sur la santé sont donc extrêmement multiples.

Le *Lancet* a publié un plaidoyer en 2006 sur le risque des changements climatiques où ce risque est perçu comme l'un des risques les plus importants pour le siècle à venir en matière de santé publique.

Les impacts sur la santé :

Les impacts sont extrêmement multiples. Nous avons tendance à penser qu'ils ne concernent que les maladies vectorielles, à moustiques et infectieuses. C'est un très grand pan des conséquences du changement climatique et ils intéressent la sécurité publique. Certains pensent, par exemple, que les guerres et les conflits civils qu'il y a actuellement en Syrie sont en partie liés au changement climatique. Ces zones d'Afrique subsaharienne ont été les plus exposées aux impacts directs du changement climatique sur la santé, entraînant des exodes, des camps de réfugiés et des problèmes de migrations qui sont des problèmes massifs dont une partie peut être attribuable au changement climatique.

Les inondations sont le deuxième effet, elles entraînent également des exodes, une morbidité, une accidentologie par noyade, etc. Les maladies vectorielles et infectieuses, la canicule, les vagues de chaleur ont un impact direct sur la morbidité et sur la mortalité des personnes âgées ou vulnérables.

La pollution de l'air n'est pas toujours reconnue, mais les gaz à effet de serre sont les mêmes gaz qui polluent les grandes agglomérations. L'urbanisation a un effet sur la pollution de l'air, les pays asiatiques l'ont vécu et la Chine est un des pays qui prend aujourd'hui ce problème à bras-le-corps en transformant, par exemple, le secteur du transport avec des véhicules qui seront des véhicules électriques dans les trente prochaines années. La pollution de l'air a également des effets sur les maladies respiratoires.

Il y a également le problème des denrées alimentaires et de la malnutrition qui peut éventuellement s'ensuivre. Si les vagues de chaleur, les inondations et la sécheresse retentissent sur la santé, elles retentissent de façon directe et indirecte via la disponibilité des denrées alimentaires.

Les ouragans peuvent avoir des effets dévastateurs sur les populations qui de ce fait migreront. Une grande partie de la population de Saint-Martin est revenue en métropole le temps de la reconstruction de l'île, mais ce n'est pas toujours possible lorsque ces événements se déroulent dans des pays à plus faible niveau de revenu. Ces ouragans sont des événements climatiques extrêmes qui existent depuis la nuit des temps. Le changement climatique n'est pas à l'origine de tout. Ces événements climatiques extrêmes augmentent de façon extrêmement substantielle depuis les années 1980. L'impact du changement climatique est déjà visible sur l'économie de nos pays et sur la santé de nos populations.

Les climatologues se penchent sur des scénarios qui montrent que, dans tous les cas, nous devons nous adapter. Même si les accords de Paris, qui sont par ailleurs contestés par certaines grandes économies mondiales, sont mis en œuvre, nous n'échapperons pas à des augmentations substantielles de la température sur le globe. Nous devons donc nous adapter et l'homme a toujours su s'adapter aux modifications de son environnement. Nous verrons qu'il est plus facile de s'adapter à un réchauffement climatique graduel que de s'adapter à des événements climatiques extrêmes car ils peuvent être dévastateurs et empêcher toute adaptation ou en tout cas en limiter beaucoup l'efficacité.

Il est aujourd'hui important de noter que tous les pays du monde sans exception ont connu une augmentation de leur espérance de vie ces dernières années. Elle a été considérable dans les pays à moyen niveau de revenu, mais elle a été un peu moins spectaculaire dans les pays à très faible niveau de revenu à cause, en grande partie, du développement économique.

La progression de la croissance économique s'arrêtera si les personnes ne peuvent plus travailler dehors (sur les chantiers, dans les champs, etc.) à cause du réchauffement climatique, ce qui aura potentiellement un effet délétère sur la santé des habitants et les pays à niveau de revenu modéré ou faible n'ont pas la possibilité de faire travailler leurs ouvriers dans des usines climatisées. Les climatisations entraînent par ailleurs des gaz à effet de serre et contribuent au réchauffement climatique. L'homme a malgré tout une limite à l'adaptation.

Les pays du Nord ne sont pas épargnés par le changement climatique même si ce n'est pas eux qui en souffrent aujourd'hui le plus. La canicule de l'été 2003 a quasiment été un scandale sanitaire et a provoqué 70 000 décès en Europe. Nous pouvons maintenant nous adapter aux conséquences des vagues de chaleur. Par exemple, l'Europe a à nouveau connu des vagues de chaleur dans les années qui ont suivi et elle n'a pas connu les mêmes pics de mortalité car ses pays ont su prévenir et s'adapter.

La température extérieure est une combinaison de température et d'humidité. L'élévation des températures n'est pas la même dans un climat humide ou dans un climat très sec. Cette combinaison montre que nous devons nous reposer à 50 % de notre temps. Nous ne pouvons pas travailler plus de 50 % de notre temps lorsque la température est de plus de 30 degrés. Nous ne pouvons pas demander à une personne de travailler plus de 25 % de son temps de vie si elle travaille dans des conditions de température et d'humidité qui dépassent un certain niveau. Il existe des courbes différentes en fonction du travail demandé. Un travail tertiaire de bureau demandera moins d'énergie qu'un travail de force. Un travail de force ne pourra pas s'accommoder avec une température et un taux d'humidité élevés pour des raisons de survie, ce qui a des conséquences majeures en terme économique et donc en termes de santé.

Tous les pays ne sont pas égaux en ce qui concerne les récoltes de céréales. Cette inégalité frappe malheureusement les pays du Sud de façon spectaculaire. Le réchauffement climatique peut faire le bonheur de certains pays du Nord (la Russie, la Suède, la Finlande, le Canada, etc.) car ils pourront étendre leurs récoltes de céréales grâce aux températures plus agréables. Le partage des ressources est un phénomène compliqué sur la planète et on ne sait pas si ces pays partageront leurs récoltes avec les pays qui connaîtront quant à eux des diminutions très substantielles de leurs récoltes. Un certain nombre de pays du Sud tels que les pays d'Afrique, d'Asie ou d'Amérique latine verront leurs récoltes diminuer jusqu'à 50 %.

Le réchauffement climatique a des effets sur la malnutrition et ces derniers ont été modélisés en fonction des scénarios climatiques. Les enfants souffriront de retards de croissance que ces effets soient optimistes ou pessimistes (entre 6 et 9 millions d'enfants en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne).

En ce qui concerne l'exode climatique dû aux inondations, des climatologues ont modélisé les résultats de l'élévation du niveau de la mer. Ils ont pu observer que certains sont plus à risque que d'autres, il est aujourd'hui dangereux d'habiter en Asie ou aux embouchures du Nil en Égypte, mais il peut également y avoir des risques de vulnérabilité pour les populations qui vivent près de l'embouchure de la Volta.

Nous avons connu en 2010, et lors des années qui ont suivi, une sorte de préfiguration de ce qui risque d'arriver. Il y a eu des inondations au Pakistan qui ont entraîné la migration de 20 millions de personnes, les inondations en Chine ont conduit 12 millions de personnes à un exode.

Certains pays ont quant à eux vécu la sécheresse et les feux de forêt comme la Russie en 2010, elle a vu ses récoltes de céréales diminuer de 30 %. On a enregistré 56 000 décès à Moscou et dans l'ouest de la Russie. 17 pays ont connu des records de température lors de l'année 2010. Le réchauffement climatique est aujourd'hui bien présent.

Les limites comportementales et techniques de notre capacité d'adaptation

- Limites physiques :

L'homme devra s'adapter, mais les îles Caïmans, par exemple, ne pourront pas s'adapter à une élévation du niveau de la mer. Les personnes s'adaptent aux ouragans. Aux Antilles, à Taïwan ou au Sri Lanka, les habitants sont habitués aux ouragans.

- Limites comportementales :

Les limites sont parfois insurmontables même dans des économies extrêmement développées comme la Nouvelle-Orléans, le Texas, Saint-Martin, etc.

- Limites technologiques :

Des barrières contre les inondations sont, par exemple, construites à Venise et à Londres, etc., mais elles ne suffisent pas lors des grandes marées ou des grandes élévations du niveau de la mer.

Nous avons tendance à penser que la réponse à apporter à ce panorama très pessimiste est une réponse uniquement politique et que si les États-Unis renoncent aujourd'hui aux accords de Paris il n'y a plus rien à faire. Le discours devrait être un discours très différent car les médecins ont un rôle à jouer dans les cobénéfices pour la santé et pour le climat d'une société parcimonieuse en carbone.

Agir sur nos maisons, modifier notre façon de circuler, de manger, de consommer de l'énergie aura des répercussions immédiates et colossales sur la santé.

Les énergies :

Le choix des énergies au niveau politique a des conséquences extrêmement différentes en matière d'émission de carbone. Nous devons arrêter de consommer du charbon et des huiles fossiles en se dirigeant vers des énergies renouvelables ou vers des énergies moins émettrices de dioxyde de carbone. Les biogaz et les biomasses en émettent beaucoup moins.

La pollution a un rôle important sur la santé en matière de morbidité et de mortalité. Les particules fines, comme la pollution atmosphérique ambiante, provoquent 3,2 millions de décès par an.

Un grand nombre de pays d'Afrique subsaharienne ou d'Asie ont recours à l'utilisation des énergies fossiles comme le bois ou le charbon à l'intérieur des habitats. L'utilisation de combustion fossile dans les habitats est à l'origine de 3,5 millions de décès supplémentaires par an. Ces décès pourraient être évités en utilisant mieux l'énergie solaire, en ayant recours à des énergies renouvelables et en changeant cette habitude quasi culturelle dans un très grand nombre d'habitats des pays à très faible niveau de revenu.

La combinaison de l'amélioration de l'isolation et du contrôle de la ventilation mécanique dans les habitats modernes des pays à plus fort niveau de revenu, comme le Royaume-Uni, peut immédiatement entraîner une réduction de l'exposition à ces polluants et de ce fait diminuer le nombre de décès. Le nombre de décès au Royaume-Uni est de 5 000 décès par an et 55 millions de tonnes de CO₂ ont été évitées.

En ce qui concerne la mobilité active et les cobénéfices directs sur la santé, les personnes agiront positivement sur leur santé et sur le climat en prenant leur vélo, en marchant ou en s'arrêtant à une ou deux stations de métro avant la station de leur destination car cela limitera les émissions de CO₂. C'est un message que les médecins peuvent porter et ces derniers n'ont pas assez contribué aux accords de Paris et aux conférences sur le climat. Nous avons déployé ces arguments aux politiques à Marrakech et à Paris.

Nous agissons de façon positive sur les maladies coronariennes grâce à la mobilité active, c'est-à-dire en marchant davantage ou en ayant une activité physique régulière tout au long de la journée. La morbidité évitée est comprise entre 10 et 19 %. Les maladies cérébro-vasculaires ont le même ordre de mortalité et de morbidité évitées. De nombreuses démences séniles sont des démences post AVC, c'est-à-dire liées aux maladies cérébro-vasculaires. Nous agissons également de façon positive sur le cancer grâce à la diminution de l'obésité qui en est un facteur de risque. Il y a également un bénéfice direct sur les accidents qui ont lieu sur la voie publique, mais les villes doivent être conçues pour permettre aux cyclistes et aux piétons de circuler en toute sécurité.

L'agriculture est un secteur qui est un peu négligé. Elle représente à peu près 30 % de l'émission des gaz à effet de serre et 80 % des émissions du secteur sont liées au bétail. Il n'est pas question de demander aux personnes de devenir végétaliennes ou végétariennes, mais de leur demander de consommer un peu moins de viande. Des études conduites au Royaume-Uni ont démontré que si nous arrivions à réduire de 30 % notre consommation de viande rouge (viande de bovin, d'ovin et de porc) cela entraînera une diminution de 15 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires et cela aura également un impact positif sur le climat et sur le changement climatique. Chaque individu peut avoir un rôle très important sur le changement climatique.

Les énergies renouvelables :

Les éoliennes sont de plus en plus construites en particulier dans les pays du Nord. Les énergies renouvelables occupent une place de plus en plus importante dans les stratégies politiques des pays du Sud.

Le secteur de la santé est un secteur consommateur en énergie pour des raisons assez complexes. La première des raisons est la sécurité sanitaire car de nombreux produits jetables sont utilisés dans le domaine de la santé. Ces derniers sont évidemment très consommateurs en oxyde de carbone. Il ne s'agit pas de sacrifier la sécurité sanitaire, mais certains processus de santé peuvent être revus pour être un peu plus parcimonieux en émission de gaz carbonique.

La deuxième raison est la partie liée aux transports car les ambulances et les hélicoptères sont facilement utilisés pour gagner des heures après un infarctus du myocarde ou un AVC, par exemple. Ils sont utilisés dans les pays qui ont une économie très développée et les pays à revenu moyen ont aussi envie de fournir les mêmes soins. Nous pouvons utiliser des systèmes plus parcimonieux en énergie.

Un système de santé parcimonieux en carbone, accessible et résilient est économe en énergie et réduit les émissions de gaz à effet de serre, accroît la résilience aux inondations et aux canicules, c'est une partie importante, et nos hôpitaux doivent s'y préparer ; il fournit des soins de santé plus près du domicile ; il réduit les émissions des véhicules sanitaires ; il encourage les transports publics et la bicyclette : il recourt aux denrées alimentaires locales et décroît la part de la consommation de viande. Certaines applications des smartphones peuvent nous aider à mieux comprendre et à mieux calculer la part de notre consommation de viande, car il n'est pas simple de réduire sa consommation de viande de 30 %.

Changement climatique et maladies infectieuses :

Le rôle du changement climatique sur les maladies infectieuses est un pan important.

Réchauffement climatique et transmission du paludisme au Zimbabwe :

L'anophèle se multiplie de façon plus ou moins importante en fonction du climat au Zimbabwe. Deux parties ont été représentées sur la carte du Zimbabwe. Les zones en rouge représentent les zones où l'anophèle se multiplie de façon importante, il y a donc un risque important de paludisme dans ces zones. Les zones représentées en jaune, en bleu et en vert sont des zones très défavorables à la multiplication de l'anophèle, ce sont, par exemple, les collines appelées *Highlands* au Zimbabwe. C'est à cet endroit que toute la population s'est installée pour se mettre à l'abri des piqûres de l'anophèle.

Ces régions n'existeront plus en 2025, mais cela ne signifie pas que le paludisme augmentera de façon très substantielle dans cette partie du monde. Le développement est un très grand facteur qui lutte contre le paludisme. Il n'y a pas de paludisme dans les îles françaises grâce au développement. Le paludisme régresse fortement, 700 millions de cas ont été stoppés en Afrique en grande partie grâce au développement, mais également grâce au Fonds mondial, à l'OMS et à la communauté internationale. Nous ne pourrions pas lutter contre le paludisme si le développement est stoppé.

Diarrhées et précipitations :

Le choléra tue et nous l'avons récemment vu au Yémen et au Bangladesh. Le contraire a été démontré en Afrique subsaharienne, il y a une augmentation de 4 % de l'incidence des diarrhées chez l'enfant lorsqu'il y a une diminution des précipitations de 10 mm par mois. La sécheresse est un facteur de risque de diarrhée infantile. La diarrhée est considérée comme une maladie bénigne dans les pays riches. Il y a des épidémies de gastro-entérite chaque hiver et le plus souvent elles ne tuent pas, mais la diarrhée entraîne des déshydratations dans les pays d'Afrique subsaharienne et elle est à l'origine d'une très grande cause de mortalité dans les pays à faible niveau de revenu. La sécheresse entraîne un surcroît de diarrhée, mais nous ne savons pas si elle est causée par un manque d'hygiène des mains. Le réchauffement climatique est à l'origine d'une surmortalité par gastro-entérite.

Les impacts du changement climatique sur la santé :

Ces impacts sont inégalement répartis dans le monde. Deux cartes ont été représentées. L'une montre que les pays du Nord sont les grands émetteurs des gaz à effet de serre. L'OMS a montré en 2000 que la mortalité attribuable au changement climatique était principalement en Afrique et en Inde qui sont des pays du Sud. Cette inégalité essaie d'être corrigée grâce à l'indemnisation des pays du Nord en termes de ressources vis-à-vis des pays du Sud, c'est-à-dire lorsqu'ils redirigent un certain nombre de leurs ressources aux pays du Sud qui souffrent aujourd'hui le plus. Les conflits qui ensanglantent la planète sont en partie liés au changement climatique.

Les maladies vectorielles et changement climatique :

Les maladies vectorielles subissent également le changement climatique. Elles n'existent pas que dans les pays du Sud, c'est important car cela augmente la sensibilisation mondiale et les financements pour lutter contre ces pathologies comme le chikungunya. Une épidémie de chikungunya qui est partie de Lamu et de Mombasa au Kenya en 2004 avait atteint 75 % de la population. Nous n'avons pas beaucoup entendu parler de cette épidémie. En effet, les géants de la planète ne se mobilisent pas pour les épidémies qui surviennent dans les pays à très faible

niveau de revenu. La Nasa a montré qu'une sécheresse très importante a eu lieu près de Lamu et de Mombasa et que cette dernière est probablement à l'origine de cette épidémie de chikungunya. Une très grande épidémie de chikungunya a sévi dans tout l'Océan Indien. Cette épidémie a atteint 40 % de l'île de la Réunion en 2005-2006 et il y a eu 1,5 million de cas en Inde. Ces épidémies entraînent des cas un peu partout dans le monde, un foyer autochtone causant 260 cas a été observé à Ravenne ou plus récemment un foyer autochtone a été observé à Rome. Tout le monde est aujourd'hui atteint.

Le chikungunya est une maladie à moustiques. Nous pensons à tort que les moustiques pullulent à cause des inondations alors que ce n'est pas le cas pour le moustique Aedes. Le moustique Anophèle quant à lui prolifère après des inondations. Il y aura des risques de choléra ou de paludisme s'il y a des inondations.

À l'inverse, les moustiques Aedes en particulier Aegypti ou Albopictus sont vecteurs du chikungunya, de la dengue, de la fièvre jaune et du virus Zika dans les régions touchées par la sécheresse. Les moustiques Aegypti se développent dans l'eau claire et dans l'eau stockée à l'ombre des habitations.

Cette épidémie est survenue pendant la période appelée *La Niña*. L'océan Pacifique est la plus grande masse d'eau de la planète et toute variation de température dans l'océan Pacifique se concrétisera par des répercussions y compris en Afrique. Il y a une sécheresse intense et une absence de précipitation dans les villes à proximité de Lamu et de Mombasa lors du phénomène *La Niña* et c'est ce qu'il s'est passé à ce moment.

Relations entre ENSO (*El Niño Southern Oscillation*) et changement climatique :

Ces oscillations datent de la nuit des temps. Le changement climatique augmente la fréquence et la sévérité du phénomène *El Niño*.

La Nasa a réalisé des cartes pour montrer l'épicentre de la vague de chaleur survenue avant le déclenchement de l'épidémie de chikungunya à Lamu et Mombasa en mai 2004. Elle a également réalisé une carte sur le virus Zika au Brésil pendant le phénomène *El Niño*.

Le moustique Aedes est aujourd'hui présent partout en Europe. Il est en Corse, en Italie, en Espagne, dans le sud de la France, en Suisse et nous sommes certains qu'il sera à Genève dans peu de temps.

La dengue en 2085 ?

Des projections éventuelles ont été établies pour l'année 2085. On observe que les pays du Sud seront très impactés par la dengue dans les prochaines années.

El Niño :

Il y a des épidémies de fièvre de la vallée du Rift lors du phénomène *El Niño*. La Nasa produit des cartes très intéressantes à ce sujet et elle les met à notre disposition. Ces cartes pourraient davantage être exploitées par l'OMS afin de savoir où cibler l'aide ou savoir à quel endroit nous devons lutter contre l'émergence d'une fièvre de la vallée du Rift qui détruit le bétail et les hommes.

Des cartes de risques sont aujourd'hui produites. Nous n'avons pas prévu le virus Zika en 2015, mais nous avons prévu le chikungunya, la dengue et les émergences des maladies dues au phénomène *El Niño* de 2015. Les phénomènes *El Niño* et *La Niña* sont de plus en plus fréquents et sévères. Ils entraîneront des risques différents sur la planète, mais nous savons désormais où auront lieu les impacts climatiques des maladies vectorielles, respiratoires, etc., dans les différentes zones du monde.

Les maladies transmissibles :

Il existe des maladies transmissibles de type vectorielles, mais il y a également d'autres maladies comme les diarrhées et le choléra qui ne sont pas des maladies vectorielles. La grippe est une maladie qui n'est pas associée à des variations climatiques majeures. Elle survient en hiver. Le changement climatique devrait donc avoir un effet positif sur cette maladie.

Le phénomène *La Niña* est plus intense et fréquent à cause du changement climatique, c'est un refroidissement de l'océan près de la partie du Pérou. Il aura donc des conséquences climatiques importantes. Ce phénomène augmente également en fréquence et en intensité. De ce fait, il provoquera le réchauffement des eaux, mais également le refroidissement des eaux de façon plus

importante car il est lié à des phénomènes d'alizé, il n'est pas uniquement lié à un phénomène de température du soleil sur les eaux.

Les épidémies de grippe sont extrêmement synchronisées sur la planète. Une épidémie de grippe qui survient en Europe arrive en même temps aux États-Unis. Il existe donc une parfaite corrélation entre les épidémies survenant aux États-Unis et en Europe. Ces épidémies sont dues à des virus qui font le tour de la planète.

Il y a des petites épidémies de grippe lorsque le phénomène *El Niño* se produit, mais il y aura des plus grandes épidémies de grippe lors du phénomène *La Niña*. Ces épidémies de grippe sont souvent mortifères en particulier chez les personnes âgées. La grippe sévit aussi dans les pays du Sud, mais ces études n'ont pas été menées dans ces pays car elle est mal mesurée et les fièvres ont trop souvent été attribuées au paludisme.

Les maladies infectieuses en Europe :

Le changement climatique aura des effets sur les borrélioses comme la maladie de Lyme provoquée par les tiques, sur les maladies à *Vibrio*. Le choléra a été éradiqué depuis longtemps en Europe, mais des vibrions se développent et entraînent des gastro-entérites. Nous ne sommes pas à l'abri d'un certain nombre de pathologies à vecteur comme la fièvre de la vallée du Rift ou la dengue. Des pathologies sporadiques comportant le paludisme, la toxoplasmose ou des fièvres Q pourraient survenir. Les impacts sur la santé sont donc extrêmement variés.

Les formations à distance sont aujourd'hui accessibles grâce au réseau Internet. C'est à Nouna au Burkina Faso qu'a été fait le MOOC sur les changements climatiques conduits par les universités de Heidelberg et Paris Descartes. La Banque mondiale a également fait un MOOC sur le changement climatique pour en comprendre les origines, les raisons et les impacts dans les différents secteurs de notre économie.

Nous organisons avec M. GESMULLER, promoteur du RAFT, un grand congrès à Genève en avril prochain. Nous parlerons de la télémédecine, de la santé globale, des précisions, c'est-à-dire en quoi la révolution digitale viendra impacter nos activités médicales ou de santé publique. Je vous remercie de votre attention.

(Applaudissements.)

Pr AYADI

Je vous remercie pour cette brillante présentation. Il y a bien évidemment une réponse politique face aux conflits civils, aux inondations, aux sécheresses, aux maladies vectorielles, etc. Vous interpellez à juste titre les médecins que nous sommes. Au-delà de la CFOM, j'interpelle l'AMM car nous devons dès à présent jouer notre rôle pour essayer d'obtenir des cobénéfices pour la santé.

Les énergies renouvelables constituent aujourd'hui d'excellents éléments. Nous avons, par exemple, commencé par l'énergie solaire en Algérie, c'est très important et les pays du Sud ont également un rôle à jouer.

L'Algérie a également connu une épidémie de paludisme notamment à la Mitidja et du côté de La Calle. C'est grâce à la découverte du Dr LAVERAN à l'hôpital militaire de Constantine que cette maladie contagieuse a pu être traitée.

Pr ANDRIANASOLO

La peste est une maladie endémique à Madagascar. Elle s'est déclarée au milieu de l'île et sévit maintenant depuis deux mois. 920 cas de peste ont été déclarés. Ils ont été classés en cas suspects, en cas probables et en cas confirmés. Ceux qui présentent la maladie sont classés en cas suspects, ceux qui ont un test de diagnostic rapide positif sont classés en cas probables et les cas qui sont confirmés par l'Institut Pasteur sont classés en cas confirmés. Il y a eu 64 décès sur ces 920 cas déclarés selon le ministère de la Santé, mais l'OMS en dénombre 124. Nous nous situons au niveau 2 par rapport à la classification de l'OMS. Les frontières sont donc encore ouvertes à Madagascar.

Cette peste est plutôt la peste des villes, elle a touché les grandes villes comme Tamatave, Tananarive et Mahajanga. L'Unicef, l'OMS, la Croix-Rouge française, Médecins Sans Frontières et l'Ambassade de France nous ont versé des aides.

Nous avons beaucoup tardé pour mettre le plan hospitalier en place. Nous avons dû placer des malades dans des hôpitaux qui reçoivent des patients atteints d'autres maladies, ce qui pose un problème. Le plan rouge n'est appliqué que depuis trois ou quatre jours. Nous devons aller à la rencontre des personnes malades pour les obliger à venir à l'hôpital car pour les Malgaches venir à l'hôpital c'est s'exposer à la peste, ils craignent de mourir à l'hôpital et de ce fait ne pas être enterrés dans le caveau familial.

Nous n'avons pas beaucoup de matériel depuis le début de l'épidémie. Dans le privé, par exemple, je n'ai ni masque ni gants, c'est donc un risque pour les professionnels de santé tous les jours.

Tous les médecins sont impliqués. Je n'ai pas les chiffres exacts, mais une dizaine de personnes ont été contaminées à Tamatave et une quarantaine avec les internes Tananarive.

J'ai demandé à toute la diaspora malgache lors de mon passage à Paris de nous aider en nous fournissant des masques car il nous est impossible de travailler sans protection. Les internes en médecine se sont mis en grève il y a deux jours car ils ne veulent plus travailler au niveau des services de garde peste

Nous avons mis en place des barrages sur les routes nationales pour empêcher la propagation de la maladie. Des internes prennent la température des personnes au niveau de ces barrages, mais la température n'est pas le seul élément qui définit la maladie. Une personne doit directement aller à l'hôpital si elle a de la fièvre. Ce sont les mesures que nous avons mises en place à Madagascar.

Pour le moment, les frontières sont ouvertes. Cependant, il y a quelques précautions à prendre pour se déplacer. Je vous remercie de votre attention.

Arrivée des Drs Guy SANDJON et ATEDJOE

QUESTIONS DIVERSES

Dr OGANDAGA

La télésanté est un élément formidable pour nos pays. Le Gabon est un pays avec une très grande superficie, il est couvert à 90 % par la forêt. Les moyens d'accès sont donc compliqués. Le Gabon est entré dans le processus de télésanté dans le cadre du SNIS en collaboration avec la Banque mondiale.

La télésanté nécessite des ressources financières, humaines et surtout technologiques car nous devons avoir un bon débit. Des techniciens doivent donc venir pour mettre ce système en place. Nous devons également avoir une autorité de protection des données. Les données médicales sont des données sensibles. Je suis membre de la commission du SNIS qui est l'équivalent de la CNIL où je suis chargé des données de santé. Nous sommes allés au Burkina Faso car il possède une autorité de protection des données qui fonctionne. Nous devons donc avoir une loi et une autorité. Cela a été pris en compte au Gabon car les données médicales sont sensibles et nous risquons de connaître des dérapages en matière de secret médical et de problèmes éthiques et déontologiques.

Les populations ont besoin de l'e-santé et l'offre de soins sera vraiment améliorée. Les routes d'Afrique de l'Ouest se sont améliorées car le climat est favorable et la sécheresse est positive, ce qui constitue un facteur positif pour construire des routes, mais au Gabon il pleut pratiquement 8 mois sur 12, les routes sont dangereuses. Nous espérons que l'e-santé réglera le problème de l'éloignement. Le Gabon est au niveau de toute la conception grâce au Pr BAGAYOKO. Il assure un cours en ligne sur le site du RAFT. Nous sommes dans ce processus au Gabon, mais il reste simplement la mise en place.

Dr MAAOUNI

Je tiens à féliciter les orateurs pour leurs exposés très brillants. Il est vrai que la sécurité sanitaire et la télémédecine sont des éléments importants. Je rappelle que la télésanté ne fait pas partie de la télémédecine dans les termes bibliographiques actuels.

La déclaration du Conseil européen de l'Ordre de Bari le 13 juin 2014 est importante car son développement est au centre de nombreuses controverses éthiques, juridiques et déontologiques. Il y a également d'autres éléments importants comme l'encadrement en matière de responsabilité, la qualification professionnelle, la protection des données, le secret professionnel, le dossier électronique et l'impact économique sur les budgets. C'est très important surtout au Maroc car une nouvelle loi est parue en mars et un décret d'application est en cours d'écriture. Nous sommes en train de lire ces textes pour l'enrichir avec ce qu'il se passe dans le monde, mais il y a beaucoup de freins. La problématique de l'insuffisance des ressources humaines est un élément très important et surtout au niveau des déserts médicaux qui existent. Le renforcement de la législation soit local soit entre pays transfrontaliers par des conventions existantes de par le monde est très important.

Les textes d'application, quel que soit le pays, doivent mettre au centre le patient. Les droits des patients qui émergent sont des éléments impératifs pour les intégrer dans l'ossature de ces textes. La qualification est également un élément important car il y a un problème de responsabilité et de secret médical entre le médecin, l'infirmier et le technicien qui ont recours à la télémédecine.

Il y a également la qualification professionnelle en la matière, protection des données personnelles et l'impact économique sur les budgets de santé. Ce sont des éléments très importants qui permettraient de rendre service à nos populations. Nous devons donc avoir tous ces éléments à l'esprit pour aller de l'avant et faire face à l'insuffisance des ressources humaines. Je vous remercie.

Dr AKA KROO

Il est important de faire très attention en matière d'e-santé étant donné l'engouement des médecins pour la création de sites Web de conseils en santé. Quasiment tous nos pays ont créé une autorité de santé qui encadre un peu ces aspects. Nous avons rédigé un livre blanc de 70 pages sur les aspects éthiques et déontologiques au niveau de l'Ordre des médecins. Il sera à votre disposition. Ce livre blanc est important car il y a beaucoup de dérapages. Nos confrères sont pressés de créer des sites de conseils en santé, mais ils ne connaissent pas les aspects juridiques. Cette autorité d'encadrement a une section qui concerne les sanctions pénales vis-à-vis de ceux qui enfreignent la protection des données.

Pr DEGOS

Je félicite les différents orateurs. Le Dr LUCAS est devenu une autorité incontournable en matière d'e-santé et pour lequel le Gouvernement fait en permanence appel. Toutes les personnes qui s'occupent d'e-santé ne peuvent pas passer à côté de ce qu'il dit et elles le convoquent régulièrement pour des exposés. Il vous présente ses excuses car sa santé l'empêche d'être ici. Le Dr LUCAS aurait probablement repris les problèmes exposés par les Prs ALAOUI et NIAKARA et il aurait ajouté qu'en France la discussion concerne en ce moment l'aide au diagnostic, la vigilance qui nous permet de savoir exactement combien de malades sont touchés par une infection dans un département. Il aurait sûrement parlé du problème de la responsabilité du médecin qui donne un diagnostic ou une thérapeutique sans avoir vu le malade, c'est-à-dire par des symptômes qui lui sont rapportés par la télémédecine. On se demande alors où se trouve la responsabilité du médecin. La responsabilité provient-elle du médecin qui a donné des symptômes ou provient-elle du médecin qui a interprété les éléments communiqués pour donner un diagnostic ou un traitement ? On se demande s'il s'agit d'un téléconseil ou d'une téléconsultation. La responsabilité n'est pas engagée pour un téléconseil, mais elle l'est avec la téléconsultation. Cette dernière doit-elle faire l'objet d'honoraires pour affirmer la responsabilité du médecin ? Je suis convaincu que le Dr LUCAS nous aurait apporté des éléments de réponse.

J'ai apprécié l'exposé de M. FLAHAULT, mais il m'a fait peur car qu'on s'aperçoit que toutes ces maladies vectorielles ou infectieuses sont à nos portes et elles le sont quelquefois dans vos pays. Le Pr ALAOUI a parlé de collaboration et M. FLAHAULT de cobénéfices. Autrement dit, nous sommes dans une réunion dans laquelle nous sommes en train de parler de bénéfices mutuels et de bénéfices pour la société ou pour les malades. Notre objectif et notre éthique sont donc bien de soigner le malade dans le bénéfice de tout le monde.

Pr SAYEGH

Je suis très heureux d'être avec vous. La télémédecine n'est pas très développée au Liban car la superficie du pays est petite. L'accès à la médecine de spécialités et aux hôpitaux de qualité est facile et la prise de rendez-vous est extrêmement courte. Le problème de la télémédecine ne se pose pas localement, mais il se pose entre le Liban et d'autres pays car il est prévu de faire de la télémédecine avec deux groupes de médecins qui ne sont pas installés dans le pays et avec des médecins libanais installés à l'extérieur qui pourront faire le lien avec le Liban. C'est donc un grand chantier que nous devons régler.

Je suis tout à fait d'accord avec les différentes remarques faites par MM. ALAOUI et DEGOS car ce sont des remarques extrêmement pertinentes qui font partie de nos soucis de tous les jours. Il y a un rapport extrêmement intéressant sur le *Telehealth* dans *The New England Journal of Medicine* du 19 octobre 2017.

Le problème de la responsabilité pénale et médicale des médecins au Liban se pose, c'est un sujet qui est de plus en plus à la mode et nous avons de nombreux dossiers qui y sont liés. Nos lois en matière de publicité médicale ne prennent pas en considération ce que publient les médecins sur les sites Internet qui ont un aspect de promotion et de publicité. Je suis content de voir que ce sujet était à l'ordre du jour et je remercie M. AKA KROO d'avoir mis le livre blanc à notre disposition.

Dr MAAOUNI

La téléradiologie entre dans la nomenclature depuis 1990 aux États-Unis. L'Allemagne rembourse la télécardiologie depuis 2008. Le montant de la prise en charge est égal à celui d'une consultation normale au Portugal et au Royaume-Uni.

Mme le Dr SY

Nous ne devons pas aller trop loin depuis que nous sommes à l'ère numérique. Toutes les sciences sont au service de la médecine (l'imagerie, les ultrasons et l'informatique). Dès qu'il s'agit de données personnelles c'est la responsabilité personnelle du médecin qui est engagée. Les médecins doivent être sanctionnés en cas de dérive.

Dr KERZMANN

Je vous remercie pour vos exposés car ils sont bien avancés et l'illustration des différentes difficultés au Burkina Faso telles que les difficultés économiques ou de terrain ainsi que les différentes collectes de données tentent à démontrer qu'il existe des choses similaires entre les pays du Nord et du Sud car nous sommes dépendants du pouvoir organisateur étatique pour le développement de la technologie. La CFOM ne peut pas résoudre ce problème. Le Pr DEGOS a également souligné le problème des honoraires dans ces nouvelles technologies car elles doivent se focaliser sur la télémédecine dans le cadre de la CFOM. La télésanté est beaucoup plus vaste car elle comprend tous les objets connectés, c'est-à-dire ce à quoi les patients ont davantage accès et ils en sont demandeurs, mais c'est un autre aspect des choses.

Nous sommes donc proches car nous partageons les mêmes difficultés techniques et économiques, mais nous sommes différents car nous avons une certaine avance technologique en Europe. Les problèmes éthiques et déontologiques demeurent. Par exemple, nous n'avons pas de législation qui encadre ces pratiques en Belgique et nous en souffrons, et l'Europe n'en a pas non plus. Nous devrions avoir l'avis des pouvoirs publics avant d'avoir celui des sociétés privées qui fabriquent des objets connectés pour les institutions hospitalières. La CFOM aura peu d'influence sur le plan politique et son seul domaine d'action est celui des médecins. Elle doit réfléchir à l'élaboration des recommandations éthiques et déontologiques qui seraient partagées par l'ensemble des délégations.

Pr ALAOUI

Le Dr LUCAS devait faire la première partie. La présentation du 22 novembre 2012 concernait l'éthique et la déontologie et je devais aujourd'hui présenter la situation des pays du Sud de la Méditerranée. Ma vision devait être inclusive, je ne devais pas donner les détails. J'ai écrit trois cahiers depuis deux mois et demi sur ce sujet. L'éthique et la déontologie sont l'ossature de notre réunion. Nous devons encore travailler sur ce sujet. J'ai axé ma présentation sur une approche de santé et de système. J'ai la conviction que les pays du Sud ont besoin de cette entrée. Nous devons faire du télédiagnostic, de la téléexpertise, de la télésurveillance, etc. C'est notre travail, mais nous devons encore travailler sur les autres aspects. Nous devons absolument partager tout ce qui nous unit. La responsabilité ne concerne pas que le médecin, elle concerne également ceux qui ont vendu l'équipement. Le Pr DEGOS a parlé de collaboration mutualisante. En effet, nous devons avoir une équipe dédiée pour tout ce qui concerne, par exemple, la responsabilité juridique, etc. Ces sujets ont maintenant besoin d'être encadrés pour que nous n'ayons pas de dérive.

Dr MAKNI

La question sur la télémédecine et sur l'e-santé est large puisqu'elle reprend l'informatisation et l'utilisation de l'informatique dans l'exercice de la médecine, dans la déclaration des maladies obligatoires, etc. Les différentes structures fonctionnent en Tunisie comme l'Observatoire des maladies émergentes, etc. Par contre, ce que nous entendons par le terme « e-santé », c'est l'utilisation des nouvelles technologies pour permettre aux populations en difficulté d'accéder aux soins. La Tunisie est un petit pays où le plus lointain des endroits se situe à environ 500 km d'un hôpital et il y a un manque de médecins spécialistes dans certaines zones. Nous espérons résoudre le problème dans certains domaines par le biais de l'e-santé.

Les expériences qui ont été menées en imagerie médicale fonctionnent assez bien en Tunisie, mais cela nécessite d'avoir des serveurs de grande capacité et un haut débit. Aujourd'hui, comme nous n'avons ni législation ni réglementation sur l'e-médecine nous avons des problèmes sur le plan de l'organisation et de la rémunération.

Il existe une société tunisienne de télémédecine et d'e-santé qui organise, en collaboration avec le secrétariat d'État aux nouvelles technologies et le ministère de la Santé, un congrès tous les ans sur la question. Nous attendons la promulgation de réglementations sur la question pour avancer. Nous travaillons également sur le dossier médical partagé, mais notre instance nationale sur la protection des données personnelles pose problème car le serveur qui héberge ces données devra être sur le territoire tunisien.

L'Ordre s'intéresse beaucoup plus à la régulation et à la déontologie. Nous avons pendant longtemps dit que la consultation commence par un interrogatoire, se prolonge par un examen physique et la pose d'un diagnostic, mais dans le cas de la télémédecine nous avons l'impression que l'examen clinique manquera. Nous serons certainement obligés de modifier un peu notre conception dans les années à venir car le monde évolue et les habitudes ainsi que les avis sont différents d'un pays à l'autre. La culture anglo-saxonne va, par exemple, vers la rémunération de ces actes de téléconseil. Le chantier est ouvert et nous avons l'impression d'être dans la même situation que les pays francophones.

Dr BERTHIER

Je remercie tous les orateurs et notamment le Pr ALAOUI pour sa présentation sur la télémédecine. Nos pays ont la même organisation, mais ils évoluent à des vitesses différentes. En ce qui concerne la télémédecine, nous devons absolument être aidés par une législation. Les Ordres ne sont pas les législateurs, ce sont les États et ces derniers légifèrent en fonction des priorités. Les Ordres doivent donc disposer de moyens et les États doivent légiférer sur ce sujet afin que les choses puissent être encadrées. L'idée d'avoir des recommandations issues de la CFOM est extrêmement prioritaire pour que les Ordres nationaux les utilisent afin de pousser les États à légiférer.

**Pr AYADI**

L'Ordre que nous formons protège les personnes malades et de ce fait la profession. Si nous nous orientons vers cette télémédecine nous devons protéger toutes les données et pour ce faire nous devons avoir une protection juridique. Nous devons tous réfléchir à ce sujet pour faire avancer les choses. Nous pouvons créer une commission pour avoir tous les aspects relatifs à nos propositions lors de nos prochaines réunions. Nous devons donc désigner une personne pour présider cette commission afin d'arriver à un rapport consensuel.

Dr OGANDAGA

Les Prs ALOUI, NIAKARA et DEGOS seraient à même de présider cette commission car ils connaissent très bien le sujet.

Pr DEGOS

Je propose que le Pr AYADI préside cette commission car il a consacré tout son temps pour que le dynamisme de la CFOM dure.

Pr AYADI

Je la présiderai volontiers, mais le droit d'aînesse fait que cette présidence sera confiée au Pr ALAOUI. Êtes-vous d'accord ?

De la salle
Oui.

Dr KERZMANN

En Belgique, nous avons l'habitude de dire que nous allons encommissionner un problème. Nous devrions plutôt créer un groupe de travail.

Pr AYADI

Une commission c'est un groupe de travail.

Pr ALAOUI

Notre assemblée doit préciser si elle souhaite parler de système ou d'éthique et de déontologie de l'application de la télémédecine. La télésanté c'est de la médecine clinique, mais les pays du tiers-monde ont besoin d'avoir du réseau, du débit, de la technique, etc. Nous voulons que l'État nous donne les moyens techniques et commence la législation et la réglementation avec nous.

Nous devons nous mettre d'accord sur la méthodologie de travail, sur la responsabilité des uns et des autres, sur le sujet, sur le contenu, sur les délais, etc. lors d'une réunion préalable. Nous devons également solliciter le Dr LUCAS et le Pr AYADI doit faire partie de ce groupe de travail.

Pr AYADI

Je suis d'accord et si vous le souhaitez la première réunion de travail aura lieu à Annaba. Avez-vous des remarques ou des questions sur la présentation de M. FLAHAULT ?

Pr NIAKARA

Cette présentation était extrêmement intéressante car chez nous, par exemple, l'épidémie de dengue a fait de nombreuses victimes et c'est très préoccupant. Il est donc urgent de communiquer.

Dr SY

C'est actuellement l'hivernage. Nous avons en principe une recrudescence de fièvre provoquée par le paludisme, mais nous n'en avons pas eu cette année. Nous avons eu des états grippaux extrêmement importants qui durent depuis deux mois au Sénégal.

Dans la présentation de M. FLAHAULT, nous avons vu que la hausse de la température a provoqué des déficits céréaliers importants en Union soviétique en 2010 et qu'elle peut par ailleurs provoquer une amélioration de la production de céréales dans certains pays, cela me paraît être contradictoire.

Les perturbateurs endocriniens et l'insomnie n'ont pas été mentionnés alors qu'au Sénégal l'insomnie est en recrudescence, de nombreux patients s'en plaignent.

Nous n'avons pas besoin de nous réunir pour lancer ce groupe de travail, nous devons nous mettre d'accord sur la notion de télémédecine.

L'e-santé est importante, c'est pourquoi elle peut être un apport extrêmement important dans la formation continue des médecins.

Dr BERTHIER

Demande aux Ordres des médecins de participer activement et d'envisager de quelle façon les Ordres professionnels peuvent interagir avec les gouvernements. C'est extrêmement important.

Pr DEGOS

L'AMM s'est beaucoup intéressée aux changements climatiques, mais elle a estimé que cela n'avait pas lieu d'être dans la déclaration de Genève. L'AMM a créé un groupe de travail sur les déterminants sociaux car ces derniers sont les conséquences du dérèglement climatique, de la pauvreté, etc.

Pr FLAHAULT

Le Sénégal est un très beau modèle dont les pays d'Afrique subsaharienne ont besoin. L'Institut Pasteur du Sénégal est extrêmement efficace et présent grâce à son réseau 4S (surveillance sentinelle syndromique au Sénégal). Il associe les techniques digitales et la surveillance avec les laboratoires présents sur place car ils sont capables de faire de la détection précoce d'épidémie.

Tout à l'heure je vous ai, d'une part, présenté les faits de 2010 et, d'autre part, des projections pour la dengue en 2085. Les faits sont là, il y a eu des vagues de sécheresse qui ont eu des conséquences importantes en 2010. La Russie a vu ses récoltes de céréales diminuer de 30 % en 2010, mais le changement climatique sera plutôt positif en Russie en 2085 ce qui produira une augmentation des récoltes. C'est un paradoxe car d'un côté il y aura des effets incriminaux négatifs ou positifs dans certains pays du globe et d'un autre côté il y aura, de temps en temps, des événements climatiques extrêmes qui auront des répercussions beaucoup plus imprévisibles et difficiles à maîtriser.

La commission *Planetary health* du *Lancet* financée par la fondation Rockefeller observe tous les effets des changements globaux sur la planète (changements climatiques, déforestation, démographie, etc.), mais j'ai choisi d'axer ma présentation sur les changements climatiques.

Les perturbateurs endocriniens sont liés à l'utilisation intensive des insecticides et des pesticides dans l'agriculture. Nous savons que répandre des insecticides a des conséquences extrêmement importantes sur l'environnement, mais les perturbateurs endocriniens n'ont pas forcément des conséquences sur le changement climatique.

Je ne pense pas que l'insomnie ait un rapport avec le changement climatique, mais lors de la canicule de 2003 nous avons pu observer que les personnes âgées sont décédées pendant la période nocturne car elles n'arrivaient pas à récupérer à cause de la chaleur. Les températures nocturnes empêchent un sommeil réparateur. Il peut donc exister un lien étroit entre les vagues de chaleur et la perte de sommeil.

Pr AYADI

Vous avez cité le cancer du sein. Le cancer du sein est actuellement la première cause de mortalité en Algérie. Il touche notamment les jeunes femmes et pourtant elles ne sont pas obèses.

Pr FLAHAULT

Le cobénéfice c'est la mobilité active et le régime diététique plus pauvre en viande dans ce cas. Ce cobénéfice lutte de façon générale contre le cancer et en particulier contre le cancer du sein. Ce cobénéfice est à mon avis un des éléments majeurs que les médecins peuvent mettre en valeur.

Il existe une fraction attribuable des cancers de façon générale et en particulier du cancer du sein qui est liée à l'obésité. Nous observons une augmentation de l'obésité y compris en Algérie ces dernières années. Ce phénomène aura une conséquence attribuable même minime qui impacte toute la population. De ce fait, elle devient numériquement importante. Lutter contre ce phénomène est un bénéfice pour le climat et un bénéfice pour la santé.

Dr SY

La seule solution c'est le développement.

Dr SANDJON

En 2015, j'ai contacté, en tant que Président de la CFOM, l'Organisation internationale de la francophonie (OIF) car cette dernière était en adéquation avec nos missions.

En juin 2015, nous avons rencontré Mme JEAN, Secrétaire générale de l'OIF, afin d'obtenir le parrainage de cette institution car nous souhaitons que la CFOM devienne un de ses organes opérationnels en ce qui concerne les problématiques de la santé. Nous avons également demandé si nous pouvions créer des structures d'alerte et de riposte rapide en cas de survenue d'une catastrophe sanitaire et si nous pouvions mettre sur pied un système de certification pour les médecins et les structures médicales de l'espace francophone. Nous souhaitons réfléchir à l'organisation des soins palliatifs dans les pays francophones. Pour finir, nous souhaitons préciser le rôle des professionnels de santé lors des bouleversements climatiques afin d'introduire au mieux le sommet de la COP 21 qui se tenait à Paris.

Cette audience a duré plus d'une heure et s'est très bien déroulée. Toutes nos doléances ont reçu un écho favorable de Mme JEAN qui a accepté une collaboration entre l'OIF et la CFOM. Une réflexion sur les axes de collaboration s'est alors engagée.

Nous avons rencontré Mme DELACROIX, conseillère de la Secrétaire générale en charge de la jeunesse, du sport et de la santé, lors d'une deuxième audience le mois dernier. Lors de cette dernière, Mme DELACROIX nous a informés que l'OIF n'avait pas le mandat des pays membres pour les interventions dans le secteur de la santé.

Trois axes pouvaient être explorés dans l'attente de ce mandat :

- Plaidoyer politique sur les grands enjeux de la santé dans l'espace francophone en utilisant l'expertise des médecins. Ceci dans un contexte de crise ou de grands événements internationaux à identifier ;
- Utilisation de l'IFEF (Institut francophone pour l'éducation et la formation) qui a récemment été inauguré à Dakar. Cet institut est dédié à la formation professionnelle. Notre objectif est de créer une filière médicale pour le renforcement des capacités et la formation continue des pays francophones de la région et de la sous-région.
- Utilisation de la direction francophone de l'économie numérique qui est un organe chargé de l'organisation des grands événements en relation avec l'innovation en économie. Il s'agira donc d'introduire ce thème dans le domaine de la santé.

Mme DELACROIX a demandé à la CFOM la mise à disposition de la liste des programmes et autres projets en cours à la CFOM comme la télémédecine, par exemple. D'après elle, le moment est très propice car tous les programmes de l'OIF font l'objet d'une programmation quadriennale. Les projets transmis en 2018 feront l'objet d'une réflexion commune (départements compétents de



l'OIF et CFOM) permettant de mettre en place les différentes structures pour un démarrage effectif en 2019.

Ils sont d'accord pour nous accompagner car il y a un levier international très important qui peut devenir l'essence même de notre existence. Nous les inviterons au prochain Bureau et à la prochaine Assemblée générale de la CFOM. Il est important de revenir à la francophonie des peuples et ce levier international peut nous y aider.

Dr AKA KROO

Le Pr AYADI et moi-même avons représenté la CFOM à Ouagadougou en juin 2017. Nous avons d'emblée remercié le Pr NIAKARA qui nous a reçus avec beaucoup d'attention.

Ces journées médicales du médecin du Burkina Faso ont été un succès car plus de 300 médecins étaient présents ainsi que le président de la République et le chef du Gouvernement. Ce soutien institutionnel d'État a été très apprécié car peu de gouvernements africains soutiennent les Ordres. Lors de ma présentation sur les relations des Ordres et les organisations professionnelles médicales, j'ai fait la distinction entre les Ordres et les organisations professionnelles médicales (syndicats, sociétés savantes et associations) car les Ordres sont des organismes institués par la loi, l'adhésion y est obligatoire alors que les organisations professionnelles médicales relèvent des lois de collectivités et leur adhésion est volontaire. L'Ordre est une Institution républicaine, il ne doit pas être confondu avec des organisations professionnelles d'association.

Il était important de dire à nos confrères que nous avons des relations amicales avec les organisations professionnelles médicales, nous ne prenons jamais de décisions sans en informer les organisations professionnelles médicales. De ce fait, une confiance réciproque s'est installée au fil des années.

Les objectifs sont l'amélioration des conditions de travail, les compétences professionnelles pour le bénéfice de la santé des patients. Les statuts des acteurs de santé sont définis par les lois pour éviter des interprétations erronées.

Des délégués des organisations professionnelles médicales doivent être intégrés au sein des organes ordinaires, la collaboration sera beaucoup plus franche et objective pour avancer. Je vous remercie.

12 H 45 - 14 H 30 : Lunch sur place

14 H 30 - 16 H 00 : ASSEMBLEE GENERALE ADMINISTRATIVE

1°) RAPPORT FINANCIER

- **Bilan 2015 à 2017**

Le Dr KERZMANN

Présente l'état des comptes et fait un bilan du 1^{er} novembre 2015 au 30 septembre 2017.

Compte tenu des cotisations régulièrement encaissées, il considère que l'on devra fonctionner sur une base de 19 cotisants.

Il souligne des frais élevés de gestion bancaire qui, pour lui, sont une perte réelle. Ces derniers varient entre 24,90 et 25,50€ par mois et peuvent quelques fois atteindre le double pour des opérations effectuées avec certains pays. Pour cette période, ils sont de **691,38€**.

Il fait ensuite état des dépenses pour le dernier exercice. Elles consistent essentiellement en des remboursements de frais engagés pour des déplacements (hébergement et transports) de membres et d'une invitée pour assister à des réunions utiles à la CFOM.

A cette occasion, le Dr AKA constate que le montant des frais qui lui ont été remboursés pour son billet d'avion pour se rendre à la réunion à Ouagadougou avec le Pr AYADI sont très élevés. Ils

devraient être de l'ordre de 480 € à 500 € maximums selon le taux de change entre le Franc CFA et l'euro. Une vérification sera donc faite auprès de la banque.

Le Pr ALAOUI remercie le Bureau d'avoir pris en charge les frais relatifs à son déplacement pour le Bureau du 2 mai dernier et tient à préciser qu'il n'avait rien demandé. Il lui est indiqué que ce remboursement a été fait à la demande du Président le Pr AYADI et du Dr MAAMOUNI pour le remercier de continuer à participer aux travaux de la CFOM.

Le Dr KERZMANN rappelle que le but de la CFOM n'est pas de thésauriser. Il s'agit d'assurer une certaine solidarité.

En conclusion, il indique que la trésorerie est saine. Elle est totalement dépendante du versement par ses membres de leur cotisation annuelle. Mais il y a un effort indispensable de discipline pour que le recouvrement de ces cotisations se fasse au cours du 1^{er} trimestre de l'année civile et pas au bout de plusieurs relances que Mme DARMON est obligée de faire.

C'est une réelle besogne de devoir faire ces relances.

Il ajoute que la règle est que les cotisations soient payées par virement bancaire et que la somme versée soit égale au montant hors frais bancaires soit **500 € net**.

Il tient à insister sur ce point.

Il pose par ailleurs la question du devenir des pays signataires de la Charte qui « chroniquement » ne s'acquittent pas de leur cotisation.

Il a donc repris la proposition du Dr MAAMOUNI sur l'augmentation de la cotisation à 600€ et propose une révision de l'article 7 des statuts prévoyant que si le pays membre règle sa cotisation avant le 31 mars de l'année en cours, il verra sa cotisation ramenée à 500€ au lieu de 600€.

Le Dr AKA remercie le Dr KERZMANN pour son rapport financier. Le Dr MAAMOUNI se joint à lui.

Pour le Pr ALAOUI, certains pays perçoivent des cotisations très minimes de la part des médecins inscrits à leur Tableau. Selon lui, on ne peut pas exclure des pays au motif qu'ils ne paient pas car n'ont pas les finances sur lesquels ils se basent.

Il a peur que si l'on ne fait pas preuve d'une certaine souplesse ces pays qui peuvent apporter beaucoup de choses à la CFOM ne viennent plus.

Le médecin n'a pas de frontière

Le Dr OGANDAGA propose de faire des cotisations modulées. Beaucoup d'Etats n'ont pas d'aide, ils font l'effort de venir à l'Assemblée générale.

Le Dr KERZMANN tient à expliquer qu'il ne s'agit pas d'une demande personnelle mais qu'il convient de se mettre à la place d'un Trésorier. Dans une organisation, on est en droit d'attendre un effort de régularité.

Les membres remercient le Dr KERZMANN pour son rapport financier.

Pour le Dr AKA, il ressort des discussions que le Bureau est plutôt favorable au maintien à 500€. Mais conformément aux dispositions de l'article 10 des statuts : « L'Assemblée Générale est formée par les délégations des institutions membres, dont la composition est limitée à deux personnes au plus. Seules les institutions membres, à jour de leur cotisation, ont voix délibérative à l'Assemblée Générale, à raison d'une voix par délégation. »

Le Dr SY suggère d'indexer le montant de la cotisation au nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre du pays membres.

Le Président met au vote le montant de la cotisation.

A l'unanimité, il est décidé de maintenir le montant de la cotisation à 500€.

- **Fixation de critères pour la prise en charge de l'hébergement et des déplacements des membres du Bureau à l'occasion d'invitation pour le compte de la Conférence – Modification de l'article 21 des statuts? – Décision à prendre**

Le Dr KERZMANN rappelle les termes des :

- article 3 des statuts de la CFOM : « Favoriser l'entraide, la solidarité, la coopération, les échanges d'idées et d'expériences entre les Ordres des médecins membres sur les questions relevant de leur compétence ou intéressant leur organisation et leur fonctionnement »
- article 21 : « Les frais de déplacement et de séjour liés au fonctionnement des organes statutaires sont à la charge des institutions membres représentées.
Les dépenses d'organisation d'une Assemblée Générale, des Bureaux, d'un congrès thématique et des publications en résultant sont à la charge de la CFOM, avec la participation de l'institution membre du pays d'accueil. »

Il faut que la CFOM avance. Sa Trésorerie est saine. Il n'est pas nécessaire d'augmenter le montant de la cotisation.

Mais il faut éviter des choix et des décisions arbitraires. Il faut que les montants alloués soient contrôlables.

Il propose à l'Assemblée générale, après avoir recueilli l'accord du Bureau, que la prise en charge de l'hébergement de membres du Bureau et de la CFOM réponde à des critères préalablement établis.

Il faudrait que :

- l'intervention soit justifiée par les objectifs fixés par le Bureau exécutif ;
- soit obtenu l'accord préalable du Bureau exécutif représenté conjointement par le Président, le Secrétaire général et le Trésorier ;
- la couverture (frais de déplacement, hébergement) soit limitée à la manifestation et uniquement à cela;
- la Délégation qui demanderait une aide soit à jour de ses cotisations ;
- un compte rendu écrit soit adressé au bureau exécutif/archivage dans le mois qui suit ;
- le remboursement soit effectué ensuite sur la base exclusive de pièces comptables.

Ainsi, une intervention de la trésorerie dans les frais de déplacement et/ou d'hébergement des membres lors de manifestations utiles aux objectifs définis par le Bureau exécutif pourrait éventuellement être sollicitée en conformité avec les dispositions de l'article 22.

Le Pr ALAOUI constate que le Dr KERZMANN a délimité le cadre que les Délégations doivent remplir et les critères. Il faut ajouter le seuil à ne pas dépasser et déterminer quelles sont les autres activités que le Bureau et l'Assemblée générale accepteraient.

A propos des travaux qui pourraient être effectués sous l'égide de la CFOM, **le Pr DEGOS** est partisan de mener une réflexion sur les critères. Il faut que ce soit pour le bien être de la CFOM et s'interroger sur ce que peut apporter la personne en question, de quel rapport on peut la charger. Il faut qu'il y ait un plus pour la CFOM

Le Dr OGANDAGA trouve la démarche pertinente.

Il faudra effectuer les remboursements éventuels sur production de pièces comptables et fixer un plafond.

Le Dr SANDJON fait observer que c'est ce qui a été appliqué pour la mission du Pr AYADI et du Dr AKA qui se sont rendus à Ouagadougou pour assister aux 10èmes Journées et 6ème Congrès Électif de l'Ordre des Médecins du Burkina-Faso à l'invitation du Président du Conseil national de l'Ordre des médecins.



Mme STURBOIS précise que sur la base de l'article 22 des statuts, il peut être proposé de modifier le règlement intérieur de la CFOM.

Les échanges se poursuivent et **le Dr AKA** fait observer que rien n'est simple lorsqu'on aborde tout ce qui touche l'argent.

- **Demande de délivrance d'une carte bancaire « procurement » par la BNP**

Le Dr KERZMANN donne la parole à Mme DARMON

Mme DARMON explique qu'à l'occasion de l'organisation de la réunion du Bureau et de l'Assemblée générale avec son homologue du Conseil national de l'Ordre des médecins belge Mme DILLEN, la question de la garantie des réservations hôtelières pour les participants s'est posée.

En effet, pour pouvoir réserver un nombre important de chambres à l'hôtel, il a été demandé par l'établissement les coordonnées d'une carte bancaire. La CFOM n'en disposant pas, c'est le Conseil national de l'Ordre des médecins belge qui s'est porté garant pour cette réservation.

Il est donc apparu utile que la CFOM puisse disposer d'une carte à cette fin (garanties de réservation hôtelières voire prise de billets de train ou d'avion).

A titre d'exemple pour l'organisation de la réunion du Bureau le 12 mai dernier à Bruxelles, le Conseil national de l'Ordre des médecins français avait pris les billets pour 2 membres qui lui ont été remboursés ensuite.

Mme DARMON a donc pris attache avec la BNP pour connaître les conditions d'établissement d'une carte bancaire pour une association telle que la CFOM.

Les cartes bancaires étant nominatives, le chargé d'affaires contacté a proposé la délivrance d'une carte « procurement ». Le coût est de 80€ par an HT. C'est une carte destinée au type d'opérations concernées et qui ne permet pas de faire de retraits en espèces.

Le Dr SANDJON est tout à fait d'accord.

Mais il note que pour les Assemblées générales précédentes, la France et le Cameroun avaient pris en charge l'hébergement des délégations et qu'ainsi les pays à faibles revenus ont pu être logés aux frais de l'Ordre invitant.

Le Pr ALAOUI constate que c'est un coût à supporter.

Pour le Dr MAAOUNI, cette carte sera un élément facilitateur.

Il serait par ailleurs indispensable, avant l'organisation d'une manifestation (réunion de Bureau ou Assemblée générale) de préciser à quelle hauteur le pays organisateur prend en charge l'organisation.

Le Dr AKA propose qu'au cours du Bureau qui précèdera l'organisation de la prochaine Assemblée générale les conditions de financement et la nature des prises en charge soient arrêtées.

Le Dr KERZMANN suggère l'établissement d'un cahier des charges

Le Bureau a donné son accord pour l'acquisition d'une carte « procurement ».

L'Assemblée générale, à l'unanimité, donne son accord pour l'acquisition d'une carte « procurement ».

2°) Rapport moral

Le Pr AYADI

Précise que depuis la dernière Assemblée générale et les circonstances dramatiques dans lesquelles elle s'est tenue à Paris, la CFOM a réuni son Bureau à 3 reprises : le 30 septembre 2016 à Paris, le 12 mai et aujourd'hui à Bruxelles.

En sa qualité de Président de la CFOM, il a été interviewé dans le cadre des Journées d'Afrique. Il a été interviewé par le Quotidien du médecin sur les médecins algériens qui ont quitté l'Algérie pour exercer en France. Il a parlé du désert médical en Algérie alors qu'il y a un service civil obligatoire entre 2 et 4 ans. C'est un système coercitif et non volontaire que l'Ordre des médecins algérien a dénoncé.

Il a été invité avec le Dr AKA KROO par le Conseil national de l'Ordre des médecins du Burkina Faso en Juin 2017 à Ouagadougou dans le cadre des journées médicales et ordinales 2017. Ces journées furent un succès et ont été rehaussées de la présence du Président de la République du Burkina Faso et du Premier Ministre, Chef du Gouvernement. Ils ont particulièrement apprécié ce soutien institutionnel d'Etat.

Il a également participé au 2^{ème} congrès de l'Ordre national des médecins français. La CFOM a été mise à l'honneur par son Président en présence de Mme la ministre chargée de la santé.

Il tient à remercier Frédérique DARMON pour le travail qu'elle accomplit pour la CFOM tout au long de l'année ainsi que Mmes Marina DILLEN et Anne-Sophie STURBOIS pour la parfaite organisation de ces 2 journées.

Enfin, il renouvelle ses remerciements au Dr R. KERZMANN et au Conseil national de l'Ordre des médecins belge pour avoir proposé d'accueillir le Bureau et l'Assemblée générale dans ces superbes locaux ainsi que pour leur accueil et la parfaite organisation des débats et réception dans une ambiance studieuse et conviviale.

3°) Elections du nouveau Bureau

LE Pr AYADI propose :

- Président : le Dr Florent Pierre KROO AKA, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins de Côte d'Ivoire
- Vice-Président : le Dr El Houssain MAAOUNI, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Maroc
- Secrétaire général : le Dr Bernard ARBOMONT, Vice-Président de la Délégation générale aux Affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins de France
- Secrétaire général adjoint : le Dr Alpha Boubacar SY, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Sénégal
- Trésorier : le Dr Roland KERZMANN, Membre du Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique, 1^{er} Vice-président du Conseil européen de l'Ordre des médecins
- Trésorier adjoint : le Pr Raymond SAYEGH, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Liban
- Past-Président : le Pr Abdelaziz AYADI, Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins d'Annaba, Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins d'Algérie
- Observateur : Pr Ali NIAKARA, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Burkina Faso

Il est procédé à un vote à main levée

La composition du Bureau est adoptée à l'unanimité.

Le Pr AYADI quitte la présidence et cède ce poste au Dr AKA.

4°) Allocution du nouveau Président et fixation du programme

Le Dr AKA

Propose que la prochaine réunion du Bureau se tienne à Paris en octobre 2018.

La réunion suivante du Bureau devrait se tenir au Maroc à la veille de l'Assemblée générale en octobre ou novembre 2019 puisque le prochain Président sera le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins du Maroc.

Le Pr AYADI

Souhaite que la CFOM soit invitée le plus souvent possible aux réunions européennes et internationales notamment lors de l'Assemblée générale du CEOM.

Le Pr DEGOS

Souligne l'utilité de cette présence.

Le Dr KERZMANN

Invitera un représentant de la CFOM à assister au CEOM mais il faut qu'il y ait une intervention de ce dernier sur un sujet déterminé.

Il faut essayer de rechercher des partenariats internationaux et surtout que la CFOM soit observateur à l'AMM.

Il pourrait par ailleurs être créé un prix qui serait remis à un jeune membre de notre organisation car les jeunes sont l'avenir.

Il propose d'inscrire ce point à l'ordre du jour d'une prochaine réunion.

Le Pr ALAOUI

Rappelle qu'il y a quelques années nous avons listé les organismes où nous devons proposer notre candidature. Il souhaite que l'on ajoute l'OMS.

Le Pr AYADI

Reviens sur la situation de Madagascar décrite par le Dr ANDRIANASOLO. Il propose que la CFOM apporte son aide au Conseil national de l'Ordre des médecins malgache pour la gestion de la crise sanitaire que traverse son pays.

Le Pr ALAOUI

Estime que cette aide est une excellente proposition.

Le Dr ANDRIANASOLO

Remercie les Prs AYADI et ALAOUI de leur proposition.

Le Dr MAAOUNI

N'est pas favorable à un don d'argent.

A l'unanimité, la CFOM décide de débloquer une somme aux fins que le Conseil national de l'Ordre des médecins malgache puisse acheter des masques de protection.

5°) Présentation des fiches d'information sur les Ordres

Le Dr KERZMANN

Présente l'analyse des fiches d'information qui ont été adressées par les membres. Il rappelle que l'objectif poursuivi est d'améliorer la coopération entre les organisations membres de la CFOM, d'assurer le meilleur soutien de leur action avec des standards de qualité et des positions communes, d'améliorer l'efficacité générale de la CFOM.

En effet, il s'avère qu'une meilleure connaissance de la Conférence est indispensable. Si on se connaît bien, on est plus efficace et on coopère mieux.

La méthodologie employée a été la suivante : En décembre 2016 : rédaction de la fiche d'enquête avec Mmes Frédérique DARMON et Anne-Sophie STURBOIS ; en janvier 2017 : envoi aux différentes délégations ; en mai 2017 : synthèse des premiers retours (44%) et légère modification de la fiche après la réunion du Bureau du 12 mai ; en juillet 2017 : relance ; en octobre 2017 : analyse des réponses obtenues

A ce jour, après la relance, 16 pays sur 25 ont répondu soit 64% contre 44% au mois de mai. C'est est un bon taux car sur 25 membres seuls 19 participent régulièrement à nos travaux.

Les items étaient les suivants :

- Informations générales
- Composition du bureau - Mandats
- Fonctionnement interne
- Information sur les compétences
- Partenariats européens et internationaux
- Procédures disciplinaires
- Communication
- Point de contact

D'un point de vue général, il fait remarquer qu'on a la chance d'avoir des associations médicales francophones avec une très ancienne existence.

Il a par ailleurs évoqué, au congrès du CNOM à Paris la semaine dernière, le problème de la Suisse avec le Dr de Haller, Président du CPME.

Le Canada est une association avec seulement 10% de médecins francophones. Le Luxembourg : un collège regroupant d'autres professionnels de santé (dentistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes...).

Quand on analyse les données recueillies, on peut relever d'autres points intéressants. Dans la majorité des pays la durée du mandat est de 3 ans mais dans beaucoup de pays, il n'y a pas de limitation de mandat, notamment en Algérie.

Le Gabon représente aussi les chirurgiens-dentistes, comme le Luxembourg. Au Tchad, la représentation compte aussi les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

L'adhésion est partout obligatoire sauf au Canada où c'est un syndicat.

Au Maroc, l'Ordre regroupe les médecins exerçant dans tous les secteurs, alors qu'avant ce n'était vrai que pour l'exercice privé.

La CFOM est un poids. Elle réunit plus de 560 000 médecins. Si on veut que sa voix porte, on en a les moyens.

Le montant des cotisations nationales est très variable selon les pays.

En Tunisie, il est annoncé 22 000 médecins inscrits mais 14 000 seulement paient leur cotisation.

Deux délégations prévoient une assistance aux obsèques dont le Gabon. Madagascar consacre une partie de ses cotisations à la formation médicale continue. Le Liban intervient dans une caisse de retraite

Pour le Dr KERZMANN, il est préférable que l'Ordre reste indépendant par rapport à l'Etat au point de vue de son financement.

Les 2/3 des membres ont des préoccupations d'éthique.

Quant à la formation de base, la plupart des Ordres n'interviennent pas sauf l'Algérie et un peu le Liban.

S'agissant de la FMC : la plupart n'ont pas d'intervention directe sauf en Côte d'Ivoire où une loi va être prochainement votée. Au Maroc, cette obligation est inscrite dans la loi.

Il existe une possibilité de « recertification » dans plusieurs pays : en France (en cours de validation), au Burkina-Faso, au Luxembourg (si arrêt de travail pendant 5 ans). La Tunisie établit des contacts avec l'UEMS. Il en est de même pour le Liban.

3 pays siègent au sein de l'association des médecins arabes : le Liban, l'Algérie et la Tunisie. Le Maroc n'en est pas membre car les autres pays sont des syndicats avec des opinions politiques. Il s'est toujours refusé d'y assister par rapport à leur position avec les pays du Moyen Orient.

Toutes les organisations ont un site Web sauf l'Algérie et Madagascar.

A la question complémentaire qui a été ajoutée en mai et qui demande aux membres ce qu'ils attendent de la CFOM, seuls 2 pays ont répondu.

Le Dr KERZMANN pense que l'enquête était très utile. L'objectif a été respecté mais il existe quelques imperfections. Une dernière relance est indispensable. Il propose de présenter un document de synthèse lors de la prochaine Assemblée générale. Globalement, il y a plus de similitudes que de différences.

Il sera nécessaire de prévoir une mise à jour des fiches tous les 2 ans afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de modifications substantielles dans le fonctionnement des différents Ordres.

Il conviendra également de s'interroger sur la diffusion de ces informations auprès des membres. Il propose que les fiches soient mises en ligne sur le site de la CFOM.

Il remercie ceux qui ont répondu.

Le Dr AKA remercie le Dr KERZMANN pour ces commentaires très intéressants.

Le Pr DEGOS félicite l'ensemble des délégations qui ont répondu. Il précise qu'en France, il peut être déclenché une procédure d'insuffisance professionnelle à plusieurs occasions : à l'occasion d'une inscription au tableau, en cours d'exercice si un comportement dangereux a été signalé, après une interruption d'activité supérieure à 3 ans. La recertification générale est un projet de longue date.

La somme de 1€ est prélevée par an sur le montant de la cotisation pour alimenter le fond de la Commission nationale d'Entraide.

Le Dr SY est très content de cette étude. Il constate que la FMC n'est pas à 80% organisée par les Ordres. Selon lui, ce devrait être un axe prioritaire de la CFOM.

S'agissant des appels de cotisations, ils sont remontés à la source pour les médecins fonctionnaires. Au total ils devraient passer de 1500 cotisants maintenant à 1700.

Il existe par ailleurs une Commission disciplinaire dans les textes.

Le Dr SANDJON demande au Dr SY si les médecins de la diaspora sont inscrits au Tableau. Il lui est répondu négativement.

Au Cameroun, il y a 8000 médecins inscrits au Tableau. Il est prévu l'attribution d'une somme de 1500€ pour les frais d'obsèques (3€ sont prélevés à cet effet sur chaque cotisation).

Il précise que le Gouvernement camerounais donne 50 000€ pour aider à l'administration de l'Ordre notamment pour les inscriptions

Le Dr AKA indique qu'en Côte d'Ivoire, il existe un fonds volontaire depuis 8 ans.

Par ailleurs, il s'étonne que la République Démocratique du Congo n'ait pas répondu à l'invitation.

Le Dr OGANDAGA souligne les difficultés rencontrées par cet Ordre. Il n'y a pas eu de passation correcte entre les 2 Présidents successifs.

Le Dr MAAOUNI juge très intéressant d'avoir les expériences des pays.

Il indique que le montant de la cotisation varie entre 30 et 70€. Les médecins du secteur privé n'ont aucune assurance. Il trouve l'expérience française intéressante.

Pour la FMC, un décret ministériel prévoit un organisme gestionnaire obligatoire. Il n'existe pas de procédure en matière d'insuffisance professionnelle.

Il aimerait qu'il soit édité des fascicules.

Le Pr ALAOUI fait observer l'existence de 2 entités, le Sud et le Nord. Les pays du Nord sont très avancés, mieux organisés, plus développés. Ils ont une grande expérience.

C'est pour cela que la CFOM a été créée, pour permettre des échanges, une plus-value. Il faut que les pays du Nord sachent ce qui se passe dans le Sud et qu'il se crée une solidarité entre les 2. Il souhaite que l'on regroupe pour en faire un socle commun.

A partir de là, on pourra apporter une contribution à des pays en difficulté. Il s'agit d'une approche structurelle et collaborative au regard des missions fondamentales de l'Ordre.

Il faut mutualiser les ressources. La FMC est un thème sur lequel on peut approfondir. Il y a aussi un aspect de gestion. On peut tenter d'améliorer les conditions de travail dans chacun des pays. Il faudrait mettre en œuvre un Comité ad hoc qui puisse apporter du concret sur les bases.

Pour le Pr DEGOS, il ne peut être question de paternalisme entre les pays du Nord et ceux du Sud. Ce qui est bien c'est qu'on exprime ici ce que chacun fait.

Le Dr KERZMANN précise qu'il n'a pas interprété les données qu'il a collectées. Il ressort du tableau un langage commun notamment sur l'éthique. Sur la FMC, on pourrait comparer nos expériences et apprécier ce qui est transposable. Il existe une réflexion à mener sur la formation médicale continue.

Par ailleurs parmi les objectifs de la CFOM, il y a la solidarité, les échanges.

Le Pr AYADI

Indique qu'il vient de signer une convention avec la Faculté de médecine pour la formation des médecins généralistes.

Il va organiser la 16^{ème} journée internationale d'Éthique à Annaba les 11 et 12 mai 2018. Il y invite les membres de la CFOM.

Le Dr MAKNI

Précise que la Tunisie est désormais membre de l'UEMS.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins tunisien a pour objectif de concrétiser une commission nationale de DPC et de compétence avec l'appui de l'expérience européenne.

Le Dr OGANDAGA

Indique qu'au Gabon, le montant des cotisations est modulé selon les provinces ainsi que pour les médecins ayant une famille nombreuses (plus de 4 enfants).

Il soulève par ailleurs la problématique de l'inscription au tableau des médecins qui ne sont pas des coopérants. Un médecin qui travaille pour « Médecins sans frontières » doit-il s'inscrire s'il vient de temps en temps ?

Le Dr SY

Évoque lui aussi le problème de la circulation des médecins.

Au Sénégal, ces médecins ont une obligation de passer à l'Ordre qui vérifie leurs diplômes. Ils doivent payer la cotisation.

Le Pr GOEH AKUE

Précise qu'au Togo, si un médecin fournit une attestation d'inscription de son pays d'origine, cela lui permet d'exercer 1 à 2 mois. L'ordre vérifie qu'il fait bien ce qu'il a dit.

Le Dr KERZMANN

Indique qu'en Belgique, les médecins étrangers ont la possibilité de faire des prestations de services pendant une période inférieure à 3 mois.

16H00 – 16H 30 : QUESTIONS DIVERSES

Le Dr OGANDAGA

Se félicite de ces rencontres qui permettent d'échanger.

Le Dr MAAOUNI

Rend hommage au Président sortant et au Président fondateur.

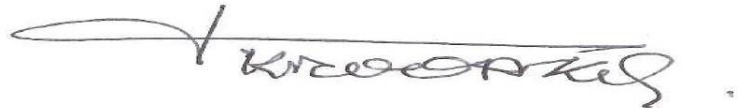
Il félicite Mme Frédérique DARMON pour son travail et remercie Mme Anne-Sophie STURBOIS et l'équipe du Conseil national belge pour la parfaite organisation et l'accueil réservé.

16 H 30 – 17 H 00 : SYNTHÈSE DES DÉBATS ET CONCLUSIONS

Pr AYADI conclut cette journée de débats de grande qualité et fort enrichissants qui se sont déroulés dans une atmosphère des plus cordiales dans ces locaux prestigieux du Conseil national de l'Ordre des médecins belge qu'il remercie encore de son accueil.

Il remercie également le Conseil national de l'Ordre des médecins français pour assurer le secrétariat général de la CFOM.

Il quitte ses fonctions heureux.



Le Docteur AKA KROO Florent
Président de la CFOM